Deutscher Bundestag **Drucksache 17/8722**

17. Wahlperiode 10. 02. 2012

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Bericht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Evaluation der Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht*

Inhaltsübersicht

Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurden die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in § 62 Absatz 5 SGB V verpflichtet, für das Jahr 2006 die Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht hinsichtlich ihrer Steuerungswirkungen zu evaluieren und dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hierzu einen Bericht vorzulegen.

In der Begründung des Gesetzes wird dargelegt, dass die Regelungen über die Belastungsgrenzen für Zuzahlungen in der GKV einerseits für soziale Ausgewogenheit bei der Zuzahlungspflicht sorgen sollen, andererseits aber sichergestellt werden soll, dass die beabsichtigte Steuerungswirkung hierdurch nicht übermäßig beeinträchtigt wird. Dies gilt insbesondere für Ausnahmeregelungen bei der Praxisgebühr.

Dem Bericht der damaligen GKV-Spitzenverbände, der dem Deutschen Bundestag am 17. März 2008 (Bundestagsdrucksache 16/8652) durch das BMG übermittelt wurde, ist eine inhaltliche Aufbereitung und Bewertung der Thematik nicht gelungen. Nach Beratungen des Berichts im Bundestagsausschuss für Gesundheit 99. Sitzung am 12. November 2008 und 103. Sitzung am 17. Dezember 2008) wurde der Auftrag einer Überarbeitung und Aktualisierung auf den GKV-SV als Rechtsnachfolger der vormaligen Spitzenverbände und zuständigem Partner der Selbstverwaltung übertragen.

Konkret wurde der GKV-Spitzenverband aufgefordert, den Bericht mit den zwischenzeitlich vorliegenden Langzeitdaten und mit Unterstützung eines Forschungsinstituts zu aktualisieren und zu überarbeiten. Eine – vom GKV-Spitzenverband geforderte – gesetzliche Regelung zur erneuten Auftragserteilung und zur verpflichtenden Datenlieferung durch die Mitgliedskassen und -verbände wurde nach eingehender Prüfung der Rechtslage nicht für erforderlich gehalten.

Der GKV-Spitzenverband hat den Auftrag angenommen, teilte dem BMG jedoch im Frühjahr 2010 mit, dass eine zwischenzeitlich beim IGES-Institut in Auftrag gegebene Machbarkeitsstudie zu dem Schluss komme, „dass die Fragestellungen des Vorhabens im Grundsatz (…) beantwortbar“ seien, die bei den Krankenkassen angefragten und zunächst in Aussicht gestellten Datenlieferungen jedoch – mit dem Hinweis auf technische Schwierigkeiten – nicht erfolgt seien.

Das BMG hat den GKV-Spitzenverband daraufhin gebeten, die Berichtspflicht durch Auswertung der vorhandenen Daten für die Jahre 2005 bis 2010 zu erfüllen, hierbei zur Analyse der Steuerungswirkungen möglichst tiefer gehende Auswertungen von Einzelkassendaten vorzunehmen und den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zur Thematik aufzubereiten. Wegen kontinuierlicher Probleme bei der Datenlieferung wurde die Abgabefrist bis zum 15. November 2011 verlängert.

*) Ergänzender Bericht zu der Unterrichtung auf Drucksache 16/8652 vom 17. März 2008.

Zugeleitet mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 8. Februar 2012 gemäß § 62 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Mit dem nunmehr vom GKV-Spitzenverband vorgelegten Bericht ist der gesetzliche Evaluierungsauftrag grundsätzlich als erfüllt zu betrachten. Im Rahmen des Berichts werden die gesetzlichen Regelungen über die Zuzahlungen in den einzelnen Leistungsbereichen differenziert dargestellt. Auch die Befreiungsmöglichkeiten von der Zuzahlungspflicht und Möglichkeiten der Bonuszahlungen werden ausführlich dargelegt. Das vorhandene Datenmaterial aus den amtlichen Statistiken wurde für die Jahre 2005 bis 2010 aufbereitet und in seiner Entwicklung beschrieben.

Kritisch ist anzumerken, dass im Hinblick auf die im Analyseteil vorgenommenen Bewertungen der vorhandenen Daten erklärungsrelevante Faktoren, wie z. B. gesetzliche Änderungen oder Leistungserweiterungen durch Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, teilweise unerwähnt bleiben.

Ergänzender Bericht des GKV-SV vom 15. November 2011 zu dem „Bericht der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Evaluation der Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht nach § 62 Absatz 5 SGB V“

Hintergrund

Im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) wurden die Spitzenverbände der Krankenkassen aufgefordert, die mit diesem Gesetz eingeführten Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht hinsichtlich ihrer Steuerungswirkungen für das Jahr 2006 zu evaluieren und dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hierzu bis zum 30. Juni 2007 einen Bericht vorzulegen (§ 62 Absatz 5 SGB V). Nach eingeräumter Fristverlängerung haben die Spitzenverbände der Krankenkassen dem BMG am 29. Januar 2008 ihren „Zuzahlungsbericht“ vorgelegt. Sie stellen darin fest: „Eine Evaluation der Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht hinsichtlich ihrer Steuerungswirkung für das Jahr 2006 im Sinne ihrer Bedeutung als wissenschaftliche Analyse kann (daher) nach Ansicht der Spitzenverbände der Krankenkassen nach den für Evaluationen geltenden Mindestanforderungen nicht durchgeführt werden“. Der Bericht beschränkte sich deshalb im Wesentlichen auf Analysen zu den Themenbereichen

- Anzahl der Zuzahlungsbefreiten,
- Einkommen der Zuzahlungsbefreiten nach § 62 SGB V,
- Inanspruchnahmeverhalten der Zuzahlungsbefreiten sowie
- Höhe von Bonuszahlungen.

Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages hat in seiner Sitzung am 12. November 2008 festgestellt, dass dieser Bericht den gemäß § 62 Absatz 5 SGB V gesetzlich vorgesehenen Auftrag nicht erfüllt. Mit Schreiben vom 9. Dezember 2008 forderte das BMG den GKV-Spitzenverband auf, den Bericht bis Jahresende 2010 zu überarbeiten und aktualisieren. Der GKV-Spitzenverband hat mit Schreiben vom 2. Februar 2009 seine grundsätzliche Bereitschaft zur Erstellung dieses Evaluationsberichtes erklärt, allerdings darauf hingewiesen, dass es gesetzlicher Klarstellungen im SGB V bedarf, die einen eindeutigen gesetzlichen Auftrag für den GKV-Spitzenverband vorsehen und die Krankenkassen zur Lieferung der erforderlichen Daten an den GKV-Spitzenverband verpflichten. Entsprechende gesetzliche Klarstellungen wurden nicht vorgenommen.

Ungeachtet dessen hat der GKV-Spitzenverband Fragestellungen und mögliche Studiendesigns für die Evaluation entwickelt und eine Vorstudie in Auftrag gegeben, mit der die prinzipielle Machbarkeit der Hauptuntersuchung geprüft werden sollte. Nach begrenzter Ausschreibung hat der GKV-Spitzenverband am 26. August 2009 die IGES Institut GmbH mit der Durchführung der Studie beauftragt. In dem am 31. Januar 2010 vorgelegten Abschlussbericht „Machbarkeitsstudie zur Evaluation der Steuerungswirkungen der Zuzahlungspflichten in der GKV und der darauf bezogenen Ausnahmeregelungen“ kommt IGES zu dem Ergebnis, dass die Fragestellungen des Vorhabens im Grundsatz mit Hilfe deskriptivstatistischer und regressionsanalytischer Verfahren beantwortbar sind. Die für eine realistische Beurteilung der Machbarkeit zentrale Frage der Verfügbarkeit und Qualität der erforderlichen Datenbestände in den verschiedenen Krankenkassensystemen konnte jedoch nicht abschließend geklärt werden, da die angefragten Krankenkassen die erbetenen Auskünfte nicht erteilt haben. Vor diesem Hintergrund hat der GKV-Spitzenverband dem BMG mit Schreiben vom 29. April 2010 mitgeteilt, dass er sich zur Vermeidung weiterer unnötiger Kosten gezwungen sieht, von der Ausschreibung eines entsprechenden Forschungsvorhabens abzusehen und deshalb auf Basis der bestehenden Rechtslage nicht in der Lage ist, den erbetenen Bericht vorzulegen.

Mit Schreiben vom 18. Februar 2011 hat das BMG den GKV-Spitzenverband gebeten, der gesetzlichen Evaluationspflicht auf der Basis der verfügbaren Daten zu genügen. Dazu solle vom GKV-Spitzenverband eine Fortschreibung des Berichts aus dem Jahr 2008 durchgeführt werden. Der Bericht soll die folgenden Aspekte in den Mittelpunkt stellen:

- Aufbereitung und Interpretation der amtlichen GKV-Statistiken, die im Zusammenhang mit Zuzahlungen, Befreiungsregelungen und Ausnahmetatbeständen stehen,
- Fortschreibung der Analyse basierend auf den Daten einzelner Kassenarten sowie
- Aktueller Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Frage der Steuerungswirkungen von Zuzahlungen in der GKV.

Der nachfolgende Bericht geht diesen Fragestellungen nach.

Inhaltsverzeichnis

Seite

A. Rechtliche Grundlagen

Der Gesetzgeber hat im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zu verschiedenen Leistungen Eigenanteile und Zuzahlungen vorgesehen. Allerdings bestehen sogenannte individuelle Belastungsgrenzen die verhindern sollen, dass Versicherte finanziell überfordert werden. Sofern nachfolgend nichts Abweichendes erwähnt ist, gelten nach § 8 KVLG 1989 die im Folgenden benannten Regelungen bzw. Rechtsvorschriften auch im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung.

1. Zuzahlungspflicht

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu verschiedenen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Zuzahlungen zu entrichten. Eine Übersicht über die Zuzahlungen findet sich in Tabelle 1. Im Bereich der Fahrkosten besteht die Besonderheit, dass die Zuzahlung auch für unter 18jährige zu entrichten ist.

Zuzahlungen sind hingegen nicht zu entrichten für die Inanspruchnahme von Schutzimpfungen nach § 20d SGB V, für Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25 und § 26 SGB V sowie für zahnärztliche Untersuchungen nach § 55 Absatz 1 Satz 4 und 5 SGB V. Zudem haben Versicherte keine Zuzahlung bei Maßnahmen zur Schwangerenvorsorge nach § 196 Absatz 1 RVO/§ 23 Absatz 1 KVLG zu leisten. Darüber hinaus sind für stationäre und ambulante Hospizleistungen (§ 39a SGB V) sowie für Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 37b SGB V) Zuzahlungen nicht vorgesehen. Ebenfalls sind keine Zuzahlungen für vor- und nachstationäre sowie für teilstationäre Krankenhausbehandlungen (§ 39 SGB V) zu entrichten. Dies gilt gleichermaßen auch bei Fahr- und Reisekosten im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 und § 41 SGB V).

Eigenanteile, die Versicherte zu leisten haben, gelten nicht als Zuzahlungen im Sinne des SGB V. Hierzu zählen

– Eigenanteile, die dem Versicherten dadurch entstehen, dass Arznei- oder Hilfsmittel abgegeben werden, die höhere als die vom Festbetrag abgedeckten Kosten verursachen,

– Eigenanteile für Hilfsmittel, die auch Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens beinhalten (z. B. orthopädische Schuhe),

– Eigenanteile zu Zahnersatz und

– kieferorthopädischer Behandlung sowie

– Eigenanteile bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung.

Tabelle 1

Übersicht Zuzahlungen

Leistung	Höhe der Zuzahlung	Rechtsgrundlage
Medizinische Vorsorgeleistungen/Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter	10 Euro je Kalendertag	§ 23 Absatz 6 Satz 1/§ 24 Absatz 3 Satz 1 in Verbindung mit (i. V. m.) § 61 Satz 2 SGB V
Ärztliche Behandlung (sogenannte Praxisgebühr)	10 Euro je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt Ausnahme: Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme – von Schutzimpfungen nach § 20d SGB V, von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V, – von zahnärztlichen Untersuchungen nach § 55 Absatz 1 Satz 4 und 5 SGB V sowie – von Maßnahmen zur Schwangerenvorsorge nach § 196 Absatz 1 RVO bzw. § 23 Absatz 1 KVLG.	§ 28 Absatz 4 Satz 1 SGB V

noch Tabelle 1

Leistung	Höhe der Zuzahlung	Rechtsgrundlage
(Verordnungsfähige) Arznei- und Verbandmittel	10 v. H. des Abgabepreises, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro, allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels	§ 31 Absatz 3 Satz 1 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V
Heilmittel	10 vom Hundert (v. H.) der Behandlungskosten und 10 Euro je Verordnung	§ 32 Absatz 2 Satz 1 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V
Hilfsmittel	10 v. H. der Kosten, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro pro Hilfsmittel Ausnahme: zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel. Hier beträgt die Zuzahlung 10 v. H. des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monat	§ 33 Absatz 8 Satz 1 und 3 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V
Häusliche Krankenpflege	10 v. H. der Kosten für maximal 28 Tage pro Jahr und 10 Euro je Verordnung	§ 37 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V
Soziotherapie	10 v. H. der Kosten je Kalendertag, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro	§ 37a Absatz 3 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V
Haushaltshilfe	10 v. H. der Kosten je Kalendertag, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro	§ 38 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V
Krankenhausbehandlung (vollstationär)	10 Euro je Kalendertag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr	§ 39 Absatz 4 Satz 1 i. V. m. § 61 Satz 2 SGB V
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	10 Euro je Kalendertag (stationär) bzw. je Behandlungstag (ambulant) Ausnahme: Für eine Maßnahme nach § 40 Absatz 1 oder 2 SGB V, die unmittelbar im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlussrehabilitation), ist die Zuzahlung für längstens 28 Tage je Kalenderjahr zu entrichten.	§ 40 Absatz 5 Satz 1 i. V. m. § 61 Satz 2 SGB V § 40 Absatz 6 Satz 1 i. V. m. § 61 Satz 2 SGB V
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter	10 Euro je Kalendertag	§ 41 Absatz 3 Satz 1 i. V. m. § 61 Satz 2 SGB V
Fahrkosten	10 v. H. der Kosten, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro je Fahrt	§ 60 Absatz 2 Satz 1 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V

2. Belastungsgrenze/Zuzahlungsbefreiung nach § 62 SGB V

Gemäß § 62 SGB V haben Versicherte während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Über die Belastungsgrenze hinaus vom Versicherten zu viel geleistete Zuzahlungen werden von der Krankenkasse zurückerstattet. Mit der Befreiung des/r Versicherten von den Zuzahlungen haben auch die berücksichtigungsfähigen Angehörigen Anspruch, von der für sie zuständigen Krankenkasse für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen befreit zu werden.

Grundlagen für die Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V und die Beurteilung, ob Versicherte höhere als die nach § 62 SGB V vorgesehenen Zuzahlungen im Laufe eines Kalenderjahres getragen haben, sind die zu berücksichtigenden Angehörigen, die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt sowie die im Kalenderjahr entstandenen Zuzahlungen.

2.1 Angehörige

Angehörige im Sinne des § 62 SGB V sind der/die im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherten lebende/n

- Ehegatte/Lebenspartner,
- sonstigen Angehörigen (nur im Recht der landwirtschaftlichen Krankenversicherung),
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden, generell (unabhängig davon, ob sie familien-, pflicht-, freiwillig oder nicht gesetzlich versichert sind) und
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, sofern sie nach § 10 SGB V/§ 7 Absatz 1 KVLG 1989 familienversichert sind.

Lebenspartner im Sinne des SGB V sind eingetragene Lebenspartner nach dem „Gesetz zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften“ vom 16. Februar 2001. Kinder sind dabei auch die im Haushalt des Versicherten lebenden Stief-, Enkel- und Pflegekinder.

Ausschließlich im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sind auch die sonstigen Angehörigen, die nach § 7 Absatz 2 KVLG 1989 familienversichert sind und die mitarbeitenden Familienangehörigen (ohne Arbeitsvertrag), die nicht rentenversicherungspflichtig sind, als Angehörige im Sinne des § 62 SGB V zu berücksichtigen.

Ein gemeinsamer Haushalt setzt voraus, dass mehrere Familienangehörige im Sinne des § 62 SGB V ihren Wohnsitz zusammen an der gleichen Stelle (Haus, Wohnung) begründet haben und in einer Wirtschaftsgemeinschaft leben.

2.2 Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

Maßgeblich für die Berechnung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V sind die tatsächlichen berücksichtigungsfähigen jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Konkrete Hinweise, welche Einnahmen der Versicherten zu den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt im Sinne des § 62 SGB V gehören, ergeben sich aus dem gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 22./23. Januar 2008 zu „Einnahmen zum Lebensunterhalt“.

Abweichend hiervon ist bei Versicherten,

- die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch oder die ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt, erhalten,
- bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden,

sowie für den in § 264 SGB V genannten Personenkreis unabhängig von im gleichen Zeitraum eventuell erzielten weiteren Einnahmen als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur einmalig der Regelsatz des Haushaltsvorstands nach der Verordnung zur Durchführung des § 28 SGB XII (Regelsatzverordnung) anzusetzen.

Bei Versicherten, die laufende Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II erhalten, ist stets die Regelleistung nach § 20 Absatz 2 Satz 1 SGB II als Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft maßgebend (§ 62 Absatz 2 Satz 5 und 6 SGB V).

Die Feststellung der Belastungsgrenze erfolgt auf der Basis der zum Zeitpunkt der Prüfung bestehenden aktuellen Verhältnisse durch eine Schätzung der kalenderjährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt unter Einbeziehung der voraussichtlich im weiteren Verlauf des Kalenderjahres zu erwartenden Einnahmen (z. B. Urlaubs- und Weihnachtsgeld) und Einkommenssteigerungen (z. B. Rentenanpassung). Bei stark schwankenden Einkünften kann eine vergleichende Berücksichtigung der Gesamtbruttoeinnahmen des Vorjahres erfolgen.

2.3 Berücksichtigungsfähige Zuzahlungen

Im Rahmen der Befreiung nach § 62 SGB V werden alle im System der gesetzlichen Krankenversicherung entrichteten gesetzlichen Zuzahlungen wie z. B. zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, die Praxisgebühr oder Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlung etc. berücksichtigt. Dies gilt auch für Zuzahlungen,

- die bei Inanspruchnahme von Sachleistungen im Ausland auf Grundlage der Verordnung (EG) 883/04 entrichtet wurden,
- die im Rahmen der Kostenerstattung bei selbst beschafften Sachleistungen nach der Verordnung (EG) 987/09 vom Träger des Aufenthaltsortes bzw. von der deutschen Krankenkasse angerechnet wurden und dem Versicherten somit verblieben sind,

sofern und soweit diese auch bei Inanspruchnahme der Leistung in Deutschland auf die Belastungsgrenze angerechnet würden. Darüber hinaus sind auch im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 4 bis 6 SGB V bzw. im Rahmen der Kostenübernahme nach § 18 SGB V angerechnete Zuzahlungen berücksichtigungsfähig. Die Zuzahlungen sind dabei jeweils dem Kalenderjahr zuzuordnen, in dem die Leistung in Anspruch genommen wurde (Abgabedatum).

Nicht bei der Berechnung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V berücksichtigt werden insbesondere Kosten, die dadurch entstehen, dass

- Arznei-/Hilfsmittel abgegeben werden, die höhere als die vom Festbetrag abgedeckten Kosten verursachen,
- aufwändigere Leistungen als eigentlich notwendig in Anspruch genommen werden,

– Aufwendungen für Mittel entstehen, deren Verordnung zu Lasten der Krankenversicherung ausgeschlossen ist (z. B. Fahrkosten zur ambulanten Behandlung ohne Genehmigung im Sinne des § 60 Absatz 1 Satz 3 SGB V),
– Eigenanteile für Hilfsmittel, die auch Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens beinhalten (z. B. orthopädische Schuhe), erhoben werden,
– Leistungen ohne ärztliche Verordnung bezogen wurden,
– Abschläge im Rahmen der Kostenerstattung etwa für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorgenommen werden,
– Versicherte Zahlungen für im Ausland in Anspruch genommene Sachleistungen geleistet haben, die nach den ausländischen Rechtsvorschriften keine Zuzahlungen sind, z. B. Zahlungen oberhalb von Festbeträgen oder für Wahlleistungen,
– Versicherte Zuzahlungen für im Ausland im Rahmen von bilateralen Sozialversicherungsabkommen – also außerhalb der Verordnung (EG) 883/04 – in Anspruch genommene Sachleistungen geleistet haben; dies gilt auch bei Kostenerstattungen aufgrund in diesen Staaten selbst beschaffter Sachleistungen, die aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung nach deutschen Sätzen unter Abzug von Zuzahlungen erfolgen,
– Versicherte Zuzahlungen für im Ausland im Rahmen der Verordnung (EWG) 1408/71 in Anspruch genommene Sachleistungen geleistet haben;
– Zuzahlungen/Eigenanteile zu Leistungen außerhalb des SGB V zu leisten sind (z. B. bei stationären Leistungen der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung, bei Hilfsmitteln aus der Pflegeversicherung, im Rahmen beihilferechtlicher Regelungen).

Ebenfalls nicht zu berücksichtigen sind Eigenanteile zu Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlung sowie bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung.

2.4 Freibeträge für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Vor der Ermittlung der Belastungsgrenze werden von den jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für jeden berücksichtigungsfähigen Angehörigen Freibeträge in Abzug gebracht (§ 62 Absatz 2 Satz 2 und 3 SGB V). Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Ehegatte/Lebenspartner oder sonstiger Angehöriger) ist dies ein Betrag in Höhe von 15 v. H. der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen ist ein Betrag in Höhe von 10 v. H. der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV abzuziehen. Für jedes berücksichtigungsfähige Kind sind die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt um den sich nach § 32 Absatz 6 Satz 1 und 2 EStG ergebenden Freibetrag zu mindern. Dieser errechnet sich aus dem Freibetrag für das sächliche Existenzminimum des Kindes (Kinderfreibetrag) und zusätzlich aus dem weiteren Freibetrag für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf des Kindes – die Summe ist dabei unabhängig von der tatsächlichen steuerrechtlichen Betrachtung des Einzelfalls stets zu verdoppeln.

2.5 Höhe der Belastungsgrenze

2.5.1 Belastungsgrenze in Höhe von 2 v. H.

Die Belastungsgrenze beträgt grundsätzlich 2 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Sind berücksichtigungsfähige Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt – ggf. nach Abzug der Freibeträge – nicht vorhanden, beträgt die Belastungsgrenze 0 Euro.

2.5.2 Belastungsgrenze in Höhe von 1 v. H.

Für Versicherte, die gemäß den Richtlinien nach § 92 SGB V wegen derselben schwerwiegenden Krankheit mindestens 1 Jahr in Dauerbehandlung sind (chronisch Kranke), gilt eine Belastungsgrenze von 1 v. H.. Die Entscheidung zum Vorliegen einer chronischen Erkrankung wird auf Basis der ärztlichen Bescheinigung getroffen.

Abweichend hiervon beträgt nach § 62 Absatz 1 Satz 3 SGB V die Belastungsgrenze 2 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

1. für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die ab dem 1. Januar 2008 die in § 25 Absatz 1 SGB V genannten Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben,
2. für nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche chronisch kranke Versicherte, die an einer Krebsart erkranken, für die eine Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Absatz 2 SGB V besteht, und die diese Untersuchung ab dem 1. Januar 2008 vor ihrer Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben.

In diesem Zusammenhang sind ab dem 1. Januar 2008 für die Anerkennung einer Belastungsgrenze von 1 v. H. die Voraussetzungen des § 4 der „Chroniker-Richtlinie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses zu prüfen.

Die Beratung ist ab dem 1. Januar 2008 grundsätzlich in einem Zeitraum von zwei Jahren nach Beginn der jeweiligen Anspruchsberechtigung wahrzunehmen und zu dokumentieren, soweit die Versicherten nicht bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung sind Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen nach Nummer 9 der Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 37a in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V (Soziotherapie-Richtlinien) oder geistig wesentlicher Behinderung im Sinne von § 2 der Verordnung nach § 60 SGB XII (Eingliederungshilfe-Verordnung) sowie Versicherte, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Für Versicherte, die an einem für ihre Erkrankung strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V teilnehmen, beträgt für die Dauer der Teilnahme die Belastungsgrenze 1 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Die weitere Dauer der chronischen Erkrankung ist vom Arzt zu bescheinigen. Eine Bescheinigung über die Fortdauer der chronischen Erkrankung darf jedoch vom Arzt grundsätzlich nur ausgestellt werden, wenn er ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten festgestellt hat. Nach § 3 Absatz 4 der „Chroniker-Richtlinie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses bestätigt der Arzt mit dem Ausstellen der Bescheinigung über die chronische Erkrankung, dass ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten vorliegt. Dabei sind von der Notwendigkeit der Feststellung des therapiegerechten Verhaltens

– Teilnehmer an strukturierten Behandlungsprogrammen[1] nach § 137f SGB V (analog § 62 Absatz 1 Satz 7 SGB V) sowie kraft der „Chroniker-Richtlinie“

– Kinder/Jugendliche unter 18 Jahren,

– Versicherte in Pflegestufe II/III nach dem 2. Kapitel SGB XI und

– Versicherte mit einem Grad der Behinderung (Schädigungsfolgen) von mindestens 60 oder Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 Prozent

ausgenommen (§ 62 Absatz 1 Satz 6 und 7 SGB V).

Die Absenkung der Belastungsgrenze auf 1 v. H. ist ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die Behandlung der chronischen Erkrankung ein Jahr andauert, vorzunehmen und gilt im Übrigen für den gesamten Familienverbund.

2.6 Befreiung von der Zuzahlung im Rahmen der Vorauszahlung

Versicherte haben die Möglichkeit, eine Befreiung von der Zuzahlung aufgrund einer Vorauszahlung in Höhe der voraussichtlichen Belastungsgrenze zu erhalten (Vorabzuzahlungsbefreiung). Dies insbesondere dann, wenn innerhalb eines kurzen Zeitraums die Belastungsgrenze erreicht würde.

Die berechnende Krankenkasse ermittelt dabei die Belastungsgrenze sowie den Vorauszahlungsbetrag, vereinnahmt den gesamten Vorauszahlungsbetrag und befreit den Versicherten für das Kalenderjahr, für das die Vorauszahlung geleistet wurde, von den Zuzahlungen. Eine Ausstellung des Befreiungsausweises ist erst nach vollständiger Einzahlung des Vorauszahlungsbetrages möglich. Die gegebenenfalls bereits im Rahmen des Antrages für das Antragsjahr nachgewiesenen Zuzahlungen des Versicherten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen werden bei der Feststellung des Vorauszahlungsbetrages mindernd berücksichtigt.

Die Möglichkeit der Befreiung von der Zuzahlung aufgrund Vorauszahlung nutzen verstärkt auch besondere Personenkreise. So existiert für Heimbewohner, deren Unterbringungskosten ganz oder teilweise vom Träger der Sozialhilfe übernommen werden, ein gesondertes (Vorauszahlungs-)Verfahren zur Erlangung der Zuzahlungsbefreiung (§ 37 Absatz 2, 3 und 4 Satz 2 SGB XII[2]). Hiernach übernimmt der Träger der Sozialhilfe für Leistungsberechtigte die jeweils bis zur Belastungsgrenze zu leistenden Zuzahlungen in Form eines ergänzenden Darlehens, sofern der Leistungsberechtigte nicht widerspricht.

3 Möglichkeiten der Zuzahlungsbefreiung/-ermäßigung aufgrund von Ausnahmetatbeständen

3.1 Zuzahlungsfreistellung nach § 31 Absatz 3 Satz 4 SGB V – Festbetragsarzneimittel

Gemäß § 31 Absatz 3 Satz 4 SGB V kann der GKV-Spitzenverband Arzneimittel, deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Mehrwertsteuer mindestens um 30 v. H. niedriger als der jeweils gültige Festbetrag ist, der diesem Preis zugrunde liegt, von der Zuzahlung freistellen, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Die Regelung wurde mit dem Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung vom 26. April 2006 eingeführt und ist zum 1. Mai 2006 in Kraft getreten[3]. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben erstmals am 11. Mai 2006 mit Wirkung zum 1. Juli 2006 für 79 Festbetragsgruppen Zuzahlungsfreistellungsgrenzen bestimmt[4].

3.2 Zuzahlungsermäßigung oder -aufhebung nach § 31 Absatz 3 Satz 5 SGB V – Rabattverträge

Nach § 31 Absatz 3 Satz 5 SGB V kann die Krankenkasse für Arzneimittel, für die eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V besteht, die Zuzahlung um die Hälfte ermäßigen oder aufheben, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind.

Bei Bestehen solcher Rabattvereinbarungen nach § 130a Absatz 8 SGB V ist die Apotheke seit dem 1. April 2007[5] gesetzlich zur vorrangigen Abgabe dieser rabattierten Arzneimittel verpflichtet, soweit hierzu in Verträgen zwischen den Krankenkassen oder ihren Verbände mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene nichts anderes vereinbart ist (§ 129 Absatz 1 Satz 3 i. V. m. Absatz 5 Satz 1 SGB V). Voraussetzung für die vorrangige Abgabe ist, dass der Arzt ein Arzneimittel

[1] Disease-Management-Programme

[2] Bis 31. Dezember 2010 § 35 Absatz 3 und 4 SGB XII

[3] BGBlI 2006 Nr. 21 vom 29. April 2006, Seite 984 ff.

[4] vgl. Anlage 1 – Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen der Freistellung preisgünstiger Arzneimittel von der Zuzahlung (Bundestagsdrucksache 16/6045)

[5] eingeführt durch das GKV-WSG vom 26. März 2007 (BGBlI 2007 Nr. 11 vom 30. März 2007, Seite 378 ff.)

lediglich unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet oder die Ersetzung des verordneten Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel vom Arzt nicht durch Ankreuzen des Feldes „aut idem“[6] auf der Arzneimittelverordnung ausgeschlossen wurde (§ 129 Absatz 1 Satz 3 SGB V). Hierbei muss es sich um ein Arzneimittel handeln, das mit dem verordneten Arzneimittel in Wirkstärke und Packungsgröße identisch ist, für ein gleiches Anwendungsgebiet zugelassen ist und die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzt. Als identisch gelten dabei Packungsgrößen mit dem gleichen Packungsgrößenkennzeichen nach der in § 31 Absatz 4 SGB V genannten Rechtsverordnung – Packungsgrößenverordnung (§ 129 Absatz 1 Sätze 2 und 3 SGB V). Informationen über die bestehenden Rabattverträge nach § 130a Absatz 8 SGB V kann ausschließlich die Krankenkasse geben.

3.3 Zuzahlungsbefreiung/-ermäßigung nach § 65a Absatz 2 SGB V a. F. bzw. § 53 Absatz 3 SGB V auf Grund der Teilnahme an besondere Versorgungsformen

Bis zum 31. März 2007 bestand über die bis zu diesem Zeitpunkt gültige Fassung des § 65a Absatz 2 SGB V für Krankenkassen die Möglichkeit, für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, an einem strukturierten Behandlungsprogramm bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V oder an einer integrierten Versorgung nach § 140a SGB V teilnehmen, in ihrer Satzung für die Dauer der Teilnahme Zuzahlungen nach dem SGB V zu ermäßigen. Des Weiteren konnte die Krankenkasse in ihrer Satzung die Beiträge mit Ausnahme der nicht vom Mitglied zu tragenden Anteile und der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V für diese Versicherten ermäßigen; § 53 Satz 3 SGB V in der zu diesem Zeitpunkt gültigen Fassung galt entsprechend.

Mit dem GKV-WSG vom 26. März 2007 erfolgte zum 1. April 2007 die Überführung des § 65a Absatz 2 SGB V in den § 53 Absatz 3 SGB V. Nunmehr hat die Krankenkasse gemäß § 53 Absatz 3 SGB V in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 73c, § 137f oder § 140a SGB V teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen.

3.4 Bonusgewährungen nach § 65a Absatz 1 und 2 SGB V

Krankenkassen können in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25 und § 26 SGB V oder qualitätsgesicherte Leistungen der Krankenkasse zur primären Prävention in Anspruch nehmen, Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 SGB V genannten abgesenkten Belastungsgrenze hinaus zu gewähren ist (§ 65a Absatz 1 SGB V).

Ebenfalls können Krankenkassen in ihrer Satzung vorsehen, dass bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten (§ 65a Absatz 2 SGB V).

B. Aufbereitung und Interpretation von Statistiken

In diesem Abschnitt erfolgt eine Aufbereitung und Interpretation der amtlichen GKV-Statistiken. Dabei konnte eine Auswertung der Zuzahlungen im Zusammenhang mit Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V sowie der Soziotherapie nach § 37a SGB V nicht vorgenommen werden, da hierzu keine Erhebungen in den amtlichen Statistiken vorliegen. Darüber hinaus wurde eine Erhebung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland vom 24. Januar 2005 berücksichtigt, die sich mit dem Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten für medizinisch ambulante Leistungen vor und nach Einführung der Praxisgebühr im Jahr 2004 auseinandersetzt.

Sofern nachfolgend nichts Abweichendes erwähnt ist, gelten nach § 8 KVLG 1989 die im Folgenden benannten Regelungen bzw. Rechtsvorschriften auch im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung.

1. Entwicklung Finanzvolumen Zuzahlungen für die Jahre 2005 bis 2010

1.1 Entwicklung der Zuzahlungen Gesamt für die Jahre 2005 bis 2010

Die Tabelle 2 weist die Zuzahlungen insgesamt für die Jahre 2005 bis 2010 aus. Tabelle 3 stellt die um die Erstattungen und Vorauszahlungen bereinigten Zuzahlungen dar. Bei Erstattungen handelt es sich gemäß § 62 SGB V um Ausgaben der Krankenkassen an Versicherte, die mit ihren tatsächlich geleisteten Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 1 bzw. 2 v. H. überschritten haben. Die Vorauszahlungen sind Einnahmen der Krankenkasse, die durch Versicherte zur Erlangung einer Zuzahlungsbefreiung im Voraus geleistet werden. Der Saldo dieser Einnahmen und Ausgaben (vgl. Tabelle 4) wurde bei der Ermittlung der bereinigten Zuzahlungen berücksichtigt. Die Abbildung 1 zeigt den Vergleich von bereinigten und unbereinigten Verläufen.

Die geleisteten Zuzahlungen sind für die Berichtsjahre 2005 bis 2010 insgesamt leicht rückläufig. Für den Zeitraum 2006 und 2007 ist mit einer Veränderungsrate von –9,49 Prozent ein überdurchschnittlicher Rückgang erkennbar. Für die Folgejahre ab 2007 zeigt der Index für die Zuzahlungen eine konstante Entwicklung (vgl. Tabelle 2). Die durchschnittliche jährliche Zuzahlungsbelastung je Versicherter im genannten Zeitraum beträgt rund 72 Euro. Die Abbildung 2 zeigt den Verlauf der Beträge je Versicherten für die einzelnen Jahre.

[6] „Aut idem“ (lateinisch) bedeutet „oder das Gleiche“

Tabelle 2

Zuzahlungen Gesamt 2005 bis 2010

Zuzahlungen Gesamt	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Zuzahlungen Gesamt in Mio. Euro	5.445	5.336	4.830	4.872	4.839	5.010
Veränderungsrate zum Vorjahr		–2,00%	–9,49%	0,88%	–0,67%	3,52%
Index (Basisjahr 2005)	100,00	98,00	88,70	89,48	88,87	92,01

(Quelle: KV 45)

Tabelle 3

Zuzahlungen Gesamt bereinigt 2005 bis 2010

Zuzahlungen Gesamt (bereinigt*)	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Zuzahlungen Gesamt in Mio. Euro	5.193	5.209	4.808	4.872	4.837	5.023
Veränderungsrate zum Vorjahr		0,31%	–7,69%	1,33%	–0,71%	3,84%
Index (Basisjahr 2005)	100,00	100,31	92,59	93,83	93,16	96,73

* um den Saldo aus Erstattungen und Vorauszahlungen (KJ 1) bereinigte Werte.
(Quelle: KV 45)

Tabelle 4

Finanzvolumen Erstattungen und Vorauszahlungen

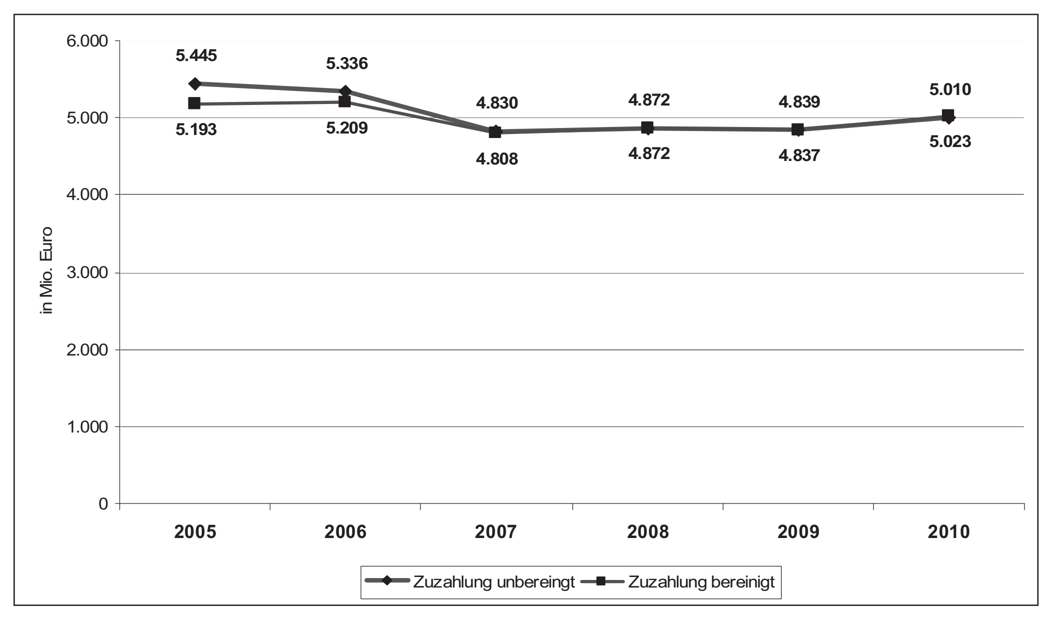
Absolut (in Mio. Euro)	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Erstattungen nach § 62 SGB V	459,1	404,0	337,3	328,3	348,4	362,1
Vorauszahlungen von Zuzahlungen	206,6	276,3	315,5	328,2	346,4	375,1
Saldo aus Erstattungen und Vorauszahlungen	252,5	127,7	21,8	0,1	2,0	–13,0

(Quelle: KJ 1)



Abbildung 1

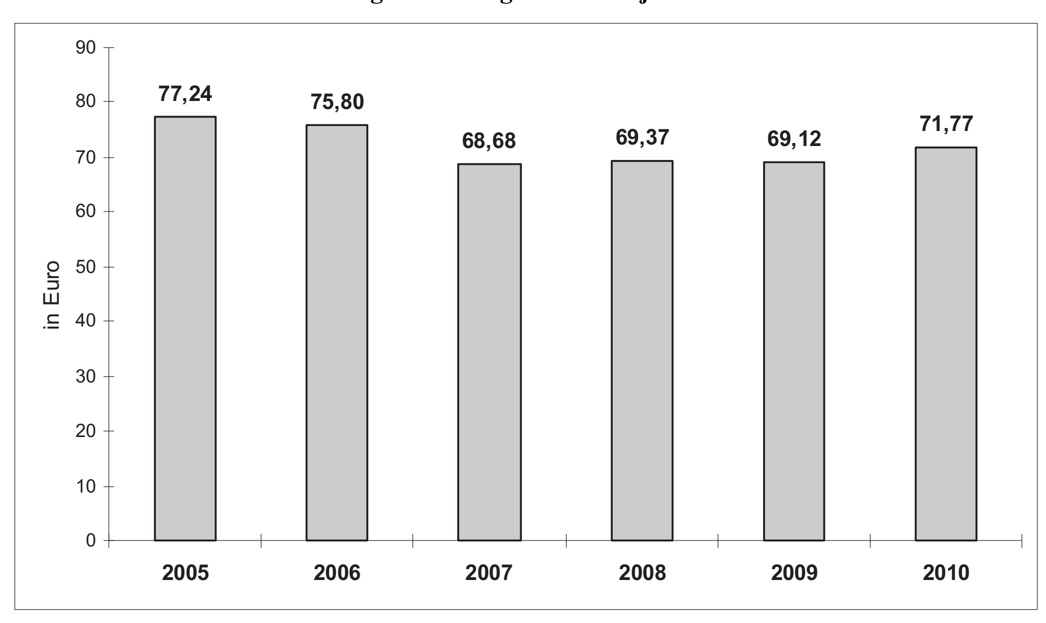
Vergleich der bereingten und unbereinigten Zuzahlungen Gesamt



(Quelle: eigene Darstellung GKV-Spitzenverband, Daten KV 45 und KJ 1)

Abbildung 2

Entwicklung Zuzahlungen Gesamt je Versicherten



(Quelle: eigene Darstellung GKV-Spitzenverband, Daten KV 45 und KM 1/13)

1.2 Betrachtung der einzelnen zuzahlungsrelevanten Leistungsbereiche

Die weitere Darstellung in den jeweiligen Zuzahlungsbereichen erfolgt auf Basis der unbereinigten Zahlen. Grund hierfür ist, dass die Bereinigung der Werte nur auf Basis einer Schätzung nach den Anteilen der einzelnen Zuzahlungsbereiche erfolgt und darüber hinaus die Aussagekraft der bereinigten Werte (vgl. Tabelle 6) nicht signifikant höher ist.

Tabelle 5

Übersicht Zuzahlungen unbereinigt

Absolut (in Mio. Euro)	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Zuzahlung ärztliche Behandlung	1.620	1.556	1.526	1.521	1.502	1.547
Zuzahlung zahnärztliche Behandlung	384	375	372	403	375	382
Zuzahlung Arznei-, Verband- und Hilfsmittel aus Apotheken/Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen	2.125	2.006	1.642	1.663	1.650	1.683
Zuzahlung Hilfsmittel und Heilmittel/Behandlung durch sonstige Heilpersonen	518	514	522	545	544	562
*davon Heilmittel**	*412*	*390*	*411*	*416*	*431*	*455*
*davon Hilfsmittel***	*106*	*124*	*111*	*129*	*113*	*106*
Zuzahlung Krankenhausbehandlung	654	736	619	583	596	681
Zuzahlung Fahrkosten	66	56	58	61	62	62
Zuzahlung ambulante Vorsorgeleistungen, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen und medizinische Leistungen für Mütter und Väter	46	61	56	60	68	53
Zuzahlung Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch	4	3	3	3	4	4
Zuzahlung ergänzende Leistungen zur Rehabilitation***	4	5	5	7	8	6
Zuzahlung Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege	23	26	26	28	31	31
Zuzahlungen Gesamt	5.445	5.336	4.830	4.872	4.839	5.010

(Quelle: KV 45)

* Datenquelle GKV-Heilmittel-Informationssystem (GKV-HIS)

** Berechnung aus KV 45 Werten abzüglich GKV-HIS Werten

*** Unter ergänzende Leistungen zur Rehabilitation werden im Rahmen der amtlichen Statistik folgende Leistungen gefasst:
KA 544 Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 120 Absatz 2 SGB V)
KA 546 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen – ohne ambulante Anschlussrehabilitation
KA 547 Ambulante Anschlussrehabilitation
KA 583 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation – DMP

Tabelle 6

Übersicht Zuzahlungen anteilig nach Volumen, bereinigt um den Saldo aus Erstattungen und Vorauszahlungen

Absolut (in Mio. Euro)	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Zuzahlung ärztliche Behandlung	1.545	1.519	1.519	1.521	1.501	1.551
Zuzahlung zahnärztliche Behandlung	366	367	371	403	374	383
Zuzahlung Arznei-, Verband- und Hilfsmittel aus Apotheken/Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen	2.027	1.958	1.635	1.663	1.649	1.687
Zuzahlung Hilfsmittel und Heilmittel/Behandlung durch sonstige Heilpersonen	494	502	519	545	544	563
*davon Heilmittel**	393	381	409	416	431	456
*davon Hilfsmittel***	101	121	111	129	113	107
Zuzahlung Krankenhausbehandlung	624	718	616	583	596	683
Zuzahlung Fahrkosten	63	54	58	61	62	62
Zuzahlung ambulante Vorsorgeleistungen, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen und medizinische Leistungen für Mütter und Väter	44	60	55	60	68	53
Zuzahlung Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch	4	3	3	3	4	4
Zuzahlung ergänzende Leistungen zur Rehabilitation ***	4	4	5	7	8	6
Zuzahlung Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege	22	25	26	28	31	31
Zuzahlungen Gesamt	**5.193**	**5.209**	**4.808**	**4.872**	**4.837**	**5.023**

(Quelle: KJ 1, KV 45) / */**/*** siehe Tabelle 5

Die Abbildungen 3 und 4 zeigen die prozentualen Anteile ausgewählter Zuzahlungsbereiche am Gesamtaufkommen der Zuzahlungen. Die beiden größten Bereiche ärztliche Behandlung und Arzneimittel tragen mit mehr als zwei Drittel zu den Gesamtzuzahlungen bei.

Die Ausweisung der sonstigen Zuzahlungen fassen folgende Positionen zusammen:

- Zuzahlung Fahrkosten
- Zuzahlung ambulante Vorsorgeleistungen, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen und medizinische Leistungen für Mütter und Väter,
- Zuzahlung Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch,
- Zuzahlung ergänzende Leistungen zur Rehabilitation
- Zuzahlung Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege

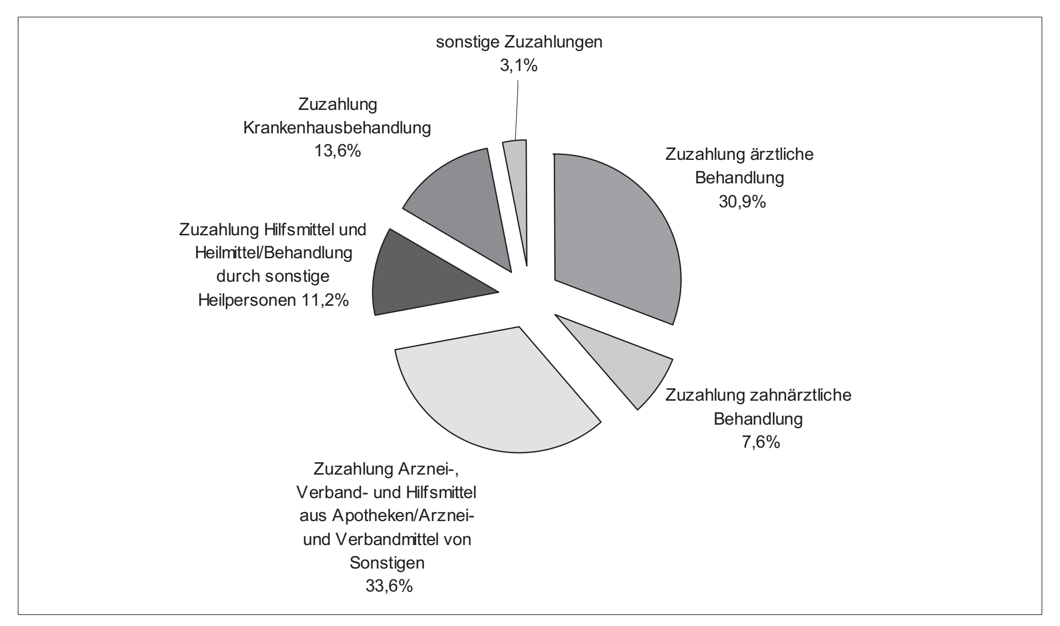
Besonders auffällig ist die Entwicklung der Anteile für Zuzahlungen ärztliche Behandlung und Arzneimittel. Der Anteil der Zuzahlungen zur ärztlichen Behandlung steigt für die Jahre 2005 bis 2007 an, wobei der Anteil der Zahlungen zu Arzneimitteln im gleichen Zeitraum auf 34 Prozent absinkt (vgl. Abbildung 4). Dies ist allerdings vor dem Hintergrund der rückläufigen Entwicklung der absoluten Zuzahlungen beider Bereiche zu sehen. Eine mögliche Ursache für das deutliche Absinken der Arzneimittelzuzahlungen von 2006 zu 2007 könnte in einer stärkeren Inanspruchnahme von zuzahlungsfreigestellten Arzneimittel liegen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmten erstmals zum 1. Juli 2006 für 79 Festbetragsgruppen Zuzahlungsfreistellungsgrenzen. Zum 1. Juli 2007 galten bereits für 223 Festbetragsgruppen mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln Zuzahlungsfreistellungsgrenzen, was zu diesem Zeitpunkt einem Anteil von rund 65 Prozent von insgesamt 341 Festbetragsgruppen mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln entsprach[7].

[7] vgl. Anlage 1 – Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen der Freistellung preisgünstiger Arzneimittel von der Zuzahlung (Bundestagsdrucksache 16/6045)



Abbildung 3

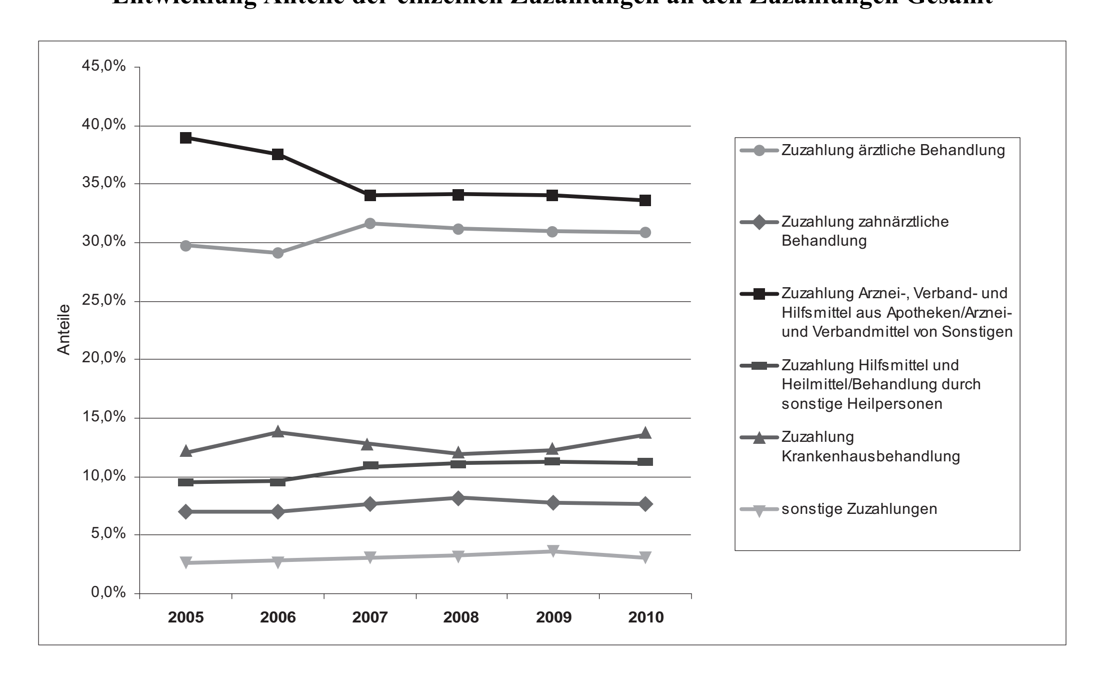
Anteile der einzelnen Zuzahlungsbereiche an den Zuzahlungen Gesamt



(Quelle: eigene Darstellung GKV-Spitzenverband, Daten KV 45 1. bis 4. Quartal 2010)

Abbildung 4

Entwicklung Anteile der einzelnen Zuzahlungen an den Zuzahlungen Gesamt



(Quelle: eigene Darstellung GKV-Spitzenverband, Daten KV 45)

1.2.1 Zuzahlung ärztliche Behandlung

In den Jahren 2005 bis 2009 lässt sich ein leichter Rückgang bei den Zuzahlungen je Versicherten feststellen (-6,7 Prozent). Für das Jahr 2010 kam es hingegen wieder zu einem leichten Anstieg, der allerdings nicht das Niveau des Basisjahres 2005 erreichte. Die durchschnittliche jährliche Zuzahlungsbelastung je Versicherten im genannten Zeitraum betrug 22,01 Euro mit einer Standardabweichung von 0,50 Euro (Variationskoeffizient[8]: 0,02).

[8] Variationskoeffizient = Standardabweichung im Verhältnis zum Mittelwert

Tabelle 7

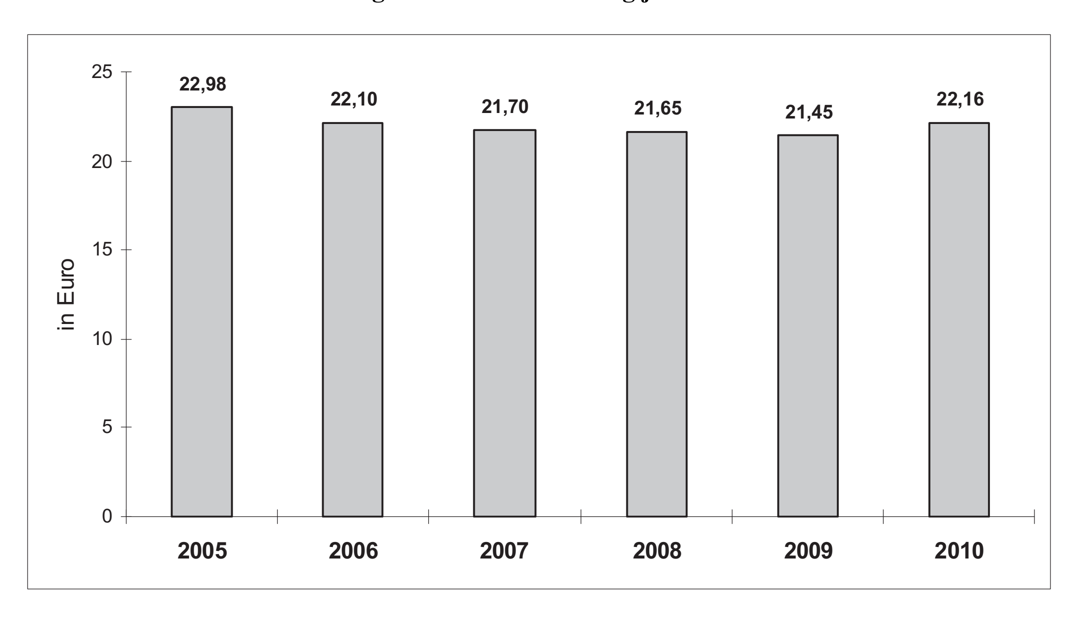
Zuzahlung absolut und je Versicherten sowie Veränderungsrate und Index

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
absolut in Mio. Euro	1.620	1.556	1.526	1.521	1.502	1.547
je Versicherten in Euro*	22,98	22,10	21,70	21,65	21,45	22,16
Veränderungsrate zum Vorjahr je Versicherten		−3,83%	−1,81%	−0,23%	−0,92%	3,31%
Index 2005 je Versicherten	100,00	96,17	94,43	94,21	93,34	96,43

* gerundet auf 2 Nachkommastellen
(Quelle: KV 45, KM 1/13, eigene Berechnungen)

Abbildung 5

Zuzahlung ärztliche Behandlung je Versicherten



(Quelle: eigene Darstellung GKV-Spitzenverband, Daten KV 45 und KM 1/13)

1.2.2 Zuzahlung zahnärztliche Behandlung

Mit Ausnahme des Jahres 2008 bewegten sich die Zuzahlungen zur zahnärztlichen Behandlung auf einem relativ konstanten Niveau. Die durchschnittliche jährliche Zuzahlungsbelastung je Versicherten im genannten Zeitraum betrug 5,44 Euro. Eine vergleichsweise niedrige Standardabweichung von 0,15 Euro belegt die stabile Entwicklung (Variationskoeffizient: 0,03).

Tabelle 8

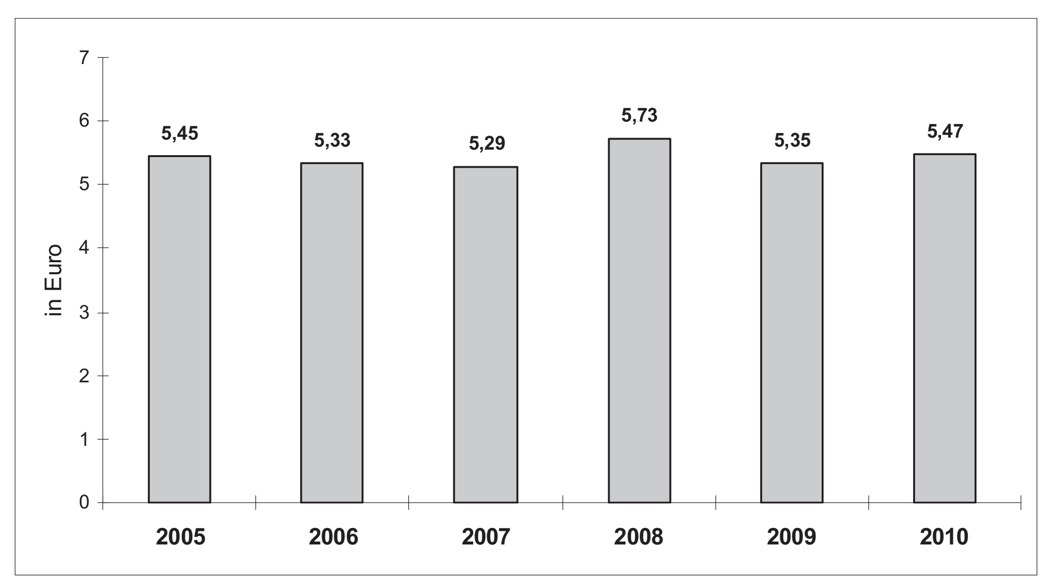
Zuzahlung absolut und je Versicherten sowie Veränderungsrate und Index

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
absolut in Mio. Euro	384	375	372	403	375	382
je Versicherten in Euro*	5,45	5,33	5,29	5,73	5,35	5,47
Veränderungsrate zum Vorjahr je Versicherten		–2,20%	-0,75%	8,32%	-6,63%	2,24%
Index 2005 je Versicherten	100,00	97,80	97,06	105,14	98,17	100,37

* gerundet auf 2 Nachkommastellen
(Quelle: KV 45, KM 1/13, eigene Berechnungen)

Abbildung 6

Zuzahlung zahnärztliche Behandlung je Versicherten



(Quelle: eigene Darstellung GKV-Spitzenverband, Daten KV 45 und KM 1/13)

1.2.3 Zuzahlung Arznei-, Verband- und Hilfsmittel aus Apotheken/Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen

Die Entwicklung von 2005 bis 2007 ist im Vergleich zu anderen Zuzahlungsbereichen stark rückläufig. Eine mögliche Ursache für das deutliche Absinken von 2006 zu 2007 könnte in einer stärkeren Inanspruchnahme von zuzahlungsfreigestellten Arzneimittel liegen (vgl. Abschnitt 1.2.). In den Folgejahren stabilisierte sich die Zuzahlung je Versicherten auf dem Niveau von 2007. Die durchschnittliche jährliche Zuzahlungsbelastung je Versicherten im genannten Zeitraum betrug 25,56 Euro mit einer Standardabweichung von 2,71 Euro (Variationskoeffizient: 0,11).

Tabelle 9

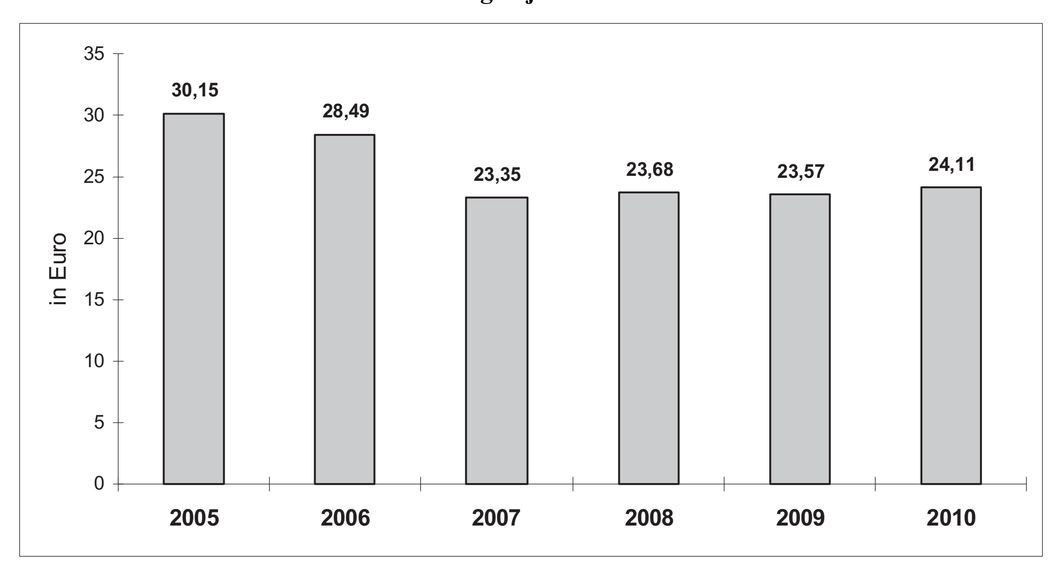
Zuzahlung absolut und je Versicherten sowie Veränderungsrate und Index

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
absolut in Mio. Euro	2.125	2.006	1.642	1.663	1.650	1.683
je Versicherten in Euro*	30,15	28,49	23,35	23,68	23,57	24,11
Veränderungsrate zum Vorjahr je Versicherten		-5,51%	-18,04%	1,41%	-0,46%	2,29%
Index 2005 je Versicherten	100,00	94,49	77,45	78,54	78,18	79,97

* gerundet auf 2 Nachkommastellen
(Quelle: KV 45, KM 1/13, eigene Berechnungen)

Abbildung 7

Zuzahlung Arznei-, Verband- und Hilfsmittel aus Apotheken/Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen je Versicherten



(Quelle: eigene Darstellung GKV-Spitzenverband, Daten KV 45 und KM 1/13)

1.2.4 Zuzahlung Hilfsmittel und Heilmittel/ Behandlung durch sonstige Heilpersonen

Über die gesamte Zeitreihe hinweg ist eine leichte Steigerung zu verzeichnen. Bei einer differenzierten Betrachtung der Heil- und Hilfsmittel ist hingegen festzustellen, dass es zu unterschiedlichen Entwicklungen kam. Während die Zuzahlung für Heilmittel, die den größeren Anteil an diesem Zuzahlungsbereich ausmachten, einen konstanten Anstieg auf Basis 2005 zeigten, ist die Verlaufskurve bei den Hilfsmitteln starken Schwankungen unterworfen (vgl. Abbildung 10). Die durchschnittliche jährliche Zuzahlungsbelastung je Versicherten im genannten Zeitraum betrug für die Heilmittel 5,97 Euro (Variationskoeffizient: 0,05) und für die Hilfsmittel 1,64 Euro (Variationskoeffizient 0,08).

Tabelle 10

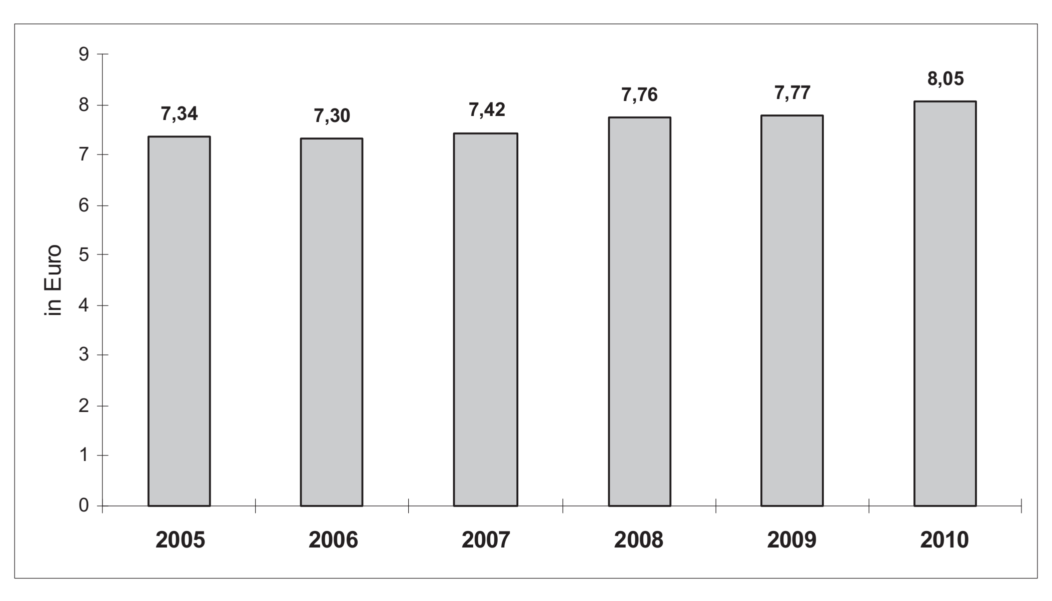
Zuzahlung absolut und je Versicherten, Veränderungsrate und Index

		2005	2006	2007	2008	2009	2010
Zuzahlung Hilfsmittel und Heilmittel / Behandlung durch sonstige Heilpersonen	absolut in Mio. Euro	518	514	522	545	544	562
	je Versicherten in Euro*	7,34	7,30	7,42	7,76	7,77	8,05
	Veränderungsrate zum Vorjahr je Versicherten		–0,54%	1,64%	4,58%	0,13%	3,60%
	Index 2005 je Versicherten	100,00	99,46	101,09	105,72	105,86	109,67
davon Heilmittel**	absolut in Mio. Euro	412	390	411	416	431	455
	je Versicherten in Euro*	5,84	5,54	5,84	5,92	6,16	6,52
	Veränderungsrate zum Vorjahr je Versicherten		–5,14%	5,42%	1,37%	4,05%	5,84%
	Index 2005 je Versicherten	100,00	94,86	100,00	101,37	105,48	111,64
davon Hilfsmittel***	absolut in Mio. Euro	106	124	111	129	113	106
	je Versicherten in Euro*	1,50	1,76	1,58	1,84	1,61	1,52
	Veränderungsrate zum Vorjahr je Versicherten		17,33%	–10,23%	16,46%	–12,50%	–5,59%
	Index 2005 je Versicherten	100,00	117,33	105,33	122,67	107,33	101,33

(Quelle: KV 45, KM 1/13, eigene Berechnungen)
* gerundet auf 2 Nachkommastellen
** Datenquelle GKV-HIS/
*** Berechnung aus KV 45 Werten abzüglich GKV-HIS Werten

Abbildung 8

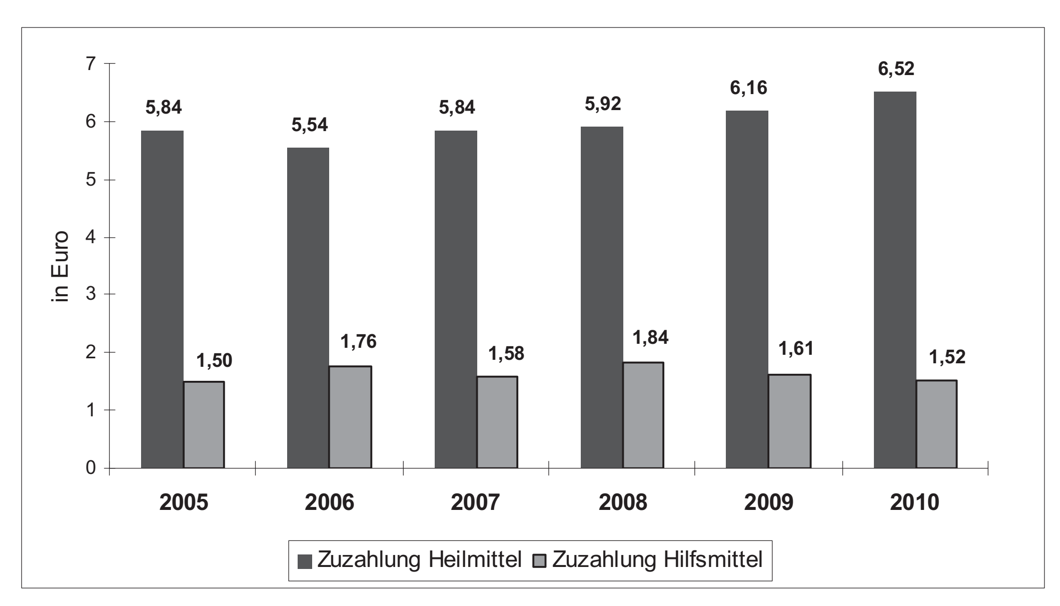
Zuzahlung Hilfsmittel und Heilmittel/Behandlung durch sonstige Heilpersonen je Versicherten



(Quelle: eigene Darstellung GKV-Spitzenverband, Daten KV 45 und KM 1/13)

Abbildung 9

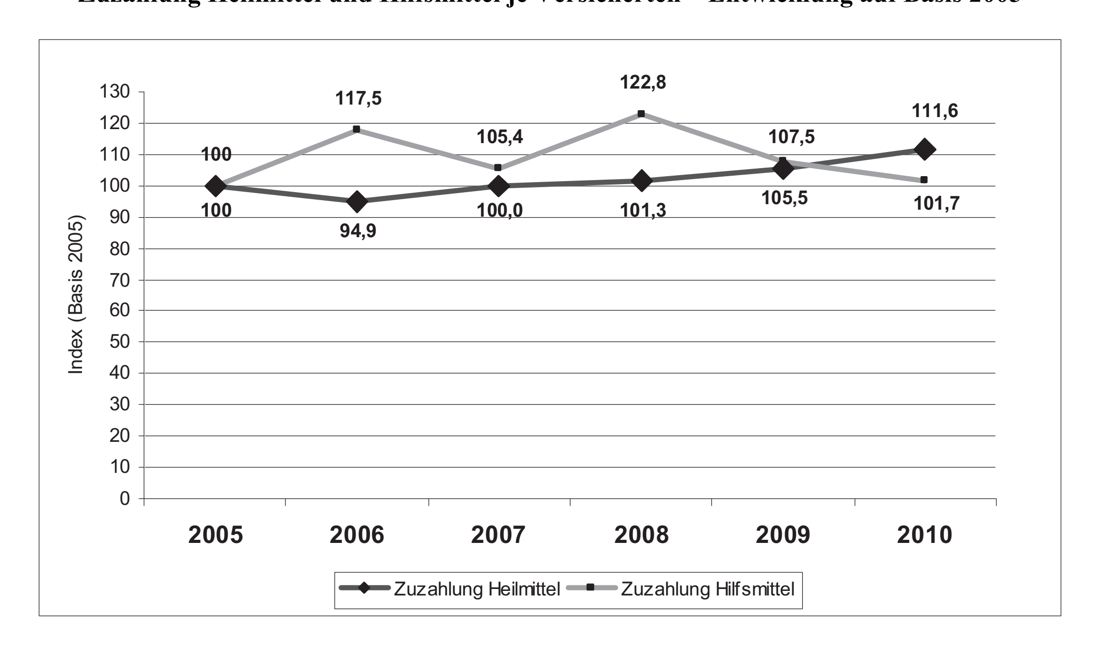
Zuzahlung Heilmittel und Hilfsmittel je Versicherten



(Quelle: eigene Darstellung GKV-Spitzenverband, Daten GKV-HIS, KV 45, KM1/13)

Abbildung 10

Zuzahlung Heilmittel und Hilfsmittel je Versicherten – Entwicklung auf Basis 2005



(Quelle: eigene Darstellung GKV-Spitzenverband, Daten GKV-HIS, KV 45)

1.2.5 Zuzahlung Krankenhausbehandlung

Im Bereich der Zuzahlungen zur Krankenhausbehandlung lässt die Entwicklungskurve auf keinen eindeutigen Trend schließen. Der Variationskoeffizient mit einem Wert von 0,8 zeigt im Vergleich zu anderen Zuzahlungsbereichen (z. B. ärztliche Behandlung 0,02) die starke Schwankung der Werte an. Die durchschnittliche jährliche Zuzahlungsbelastung je Versicherten im genannten Zeitraum betrug 9,18 Euro mit einer Standardabweichung von 0,74 Euro. Die Entwicklung der Fallzahlen zur Krankenhausbehandlung mit Zuzahlungen wird im Abschnitt B.3.1.3. des Berichtes behandelt.

Tabelle 11

Zuzahlung absolut und je Versicherten, Veränderungsrate und Index

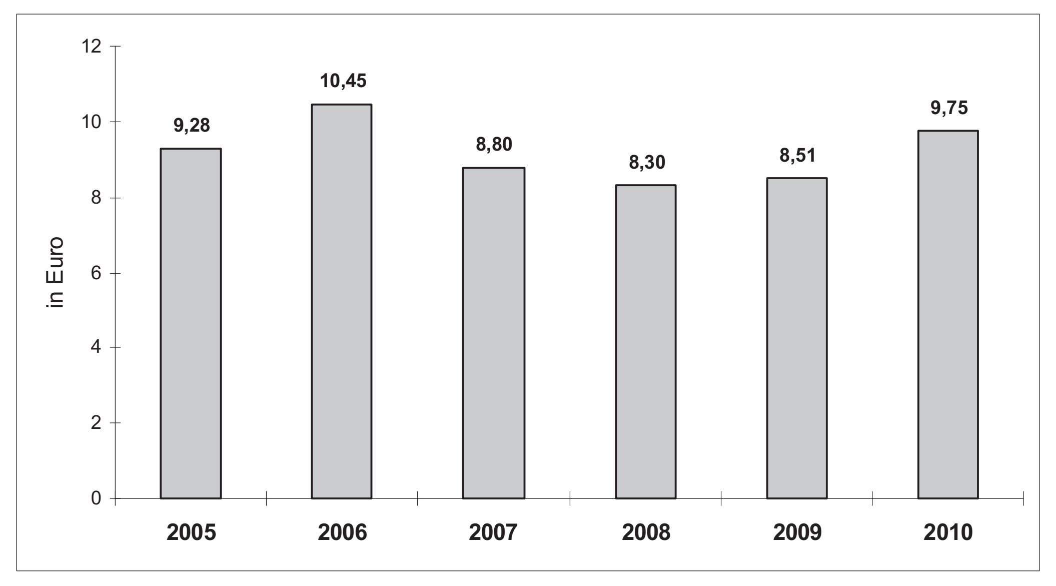
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
absolut in Mio. Euro	654	736	619	583	596	681
je Versicherten in Euro*	9,28	10,45	8,80	8,30	8,51	9,75
Veränderungsrate zum Vorjahr je Versicherten		12,61%	-15,79%	-5,68%	2,53%	14,57%
Index 2005 je Versicherten	100,00	112,61	94,83	89,44	91,70	105,06

* gerundet auf 2 Nachkommastellen
(Quelle: KV 45, KM 1/13, eigene Berechnungen)

Abbildung 11



Zuzahlung Krankenhausbehandlung je Versicherten



(Quelle: eigene Darstellung GKV-Spitzenverband, Daten KV 45 und KM 1/13)

1.2.6 Zuzahlung Fahrkosten

Vor dem Hintergrund eines bezogen auf andere Zuzahlungsbereiche relativ geringen Gesamtvolumens ist für die ersten beiden Jahre ein starker Rückgang festzustellen. Mit einem leichten Anstieg für das Jahr 2007 stabilisierte sich die Zuzahlung. Nach vergleichsweise großen Ausschlägen in den Jahren 2005 und 2006 findet ab dem Jahr 2007 eine Entwicklung der Zuzahlung je Versicherten auf einem stetigen Niveau statt. Die durchschnittliche jährliche Zuzahlungsbelastung je Versicherten im genannten Zeitraum betrug 0,87 Euro mit einer Standardabweichung von 0,05 Euro (Variationskoeffizient: 0,05).

Tabelle 12

Zuzahlung absolut und je Versicherten, Veränderungsrate und Index

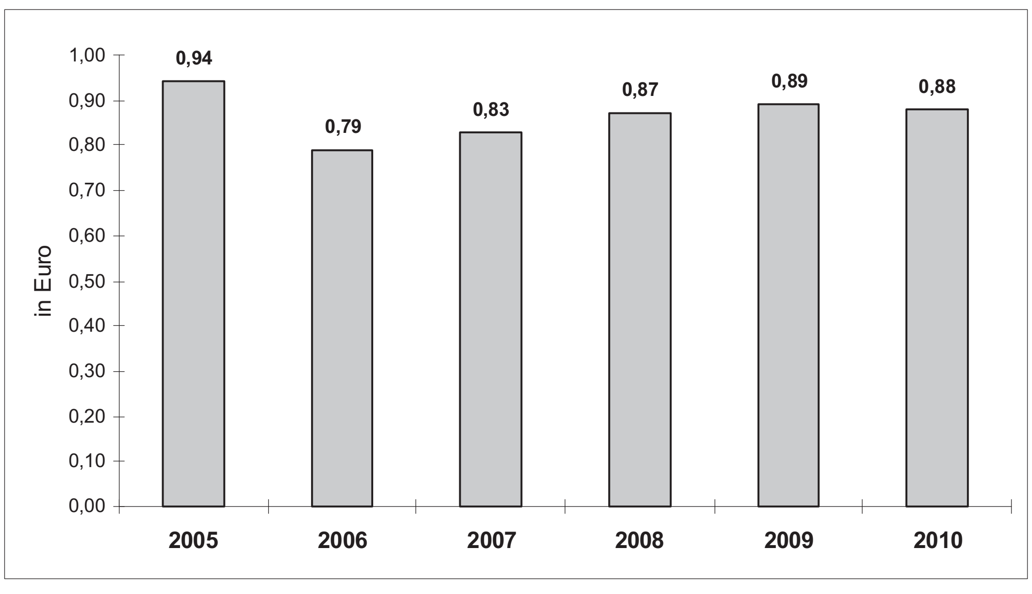
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
absolut in Mio. Euro	66,44	55,71	58,41	60,81	62,28	61,76
je Versicherten in Euro *	0,94	0,79	0,83	0,87	0,89	0,88
Veränderungsrate zum Vorjahr je Versicherten		-15,96%	5,06%	4,82%	2,30%	-1,12%
Index 2005 je Versicherten	100,00	84,04	88,30	92,55	94,68	93,62

* gerundet auf 2 Nachkommastellen
(Quelle: KV 45, KM 1/13, eigene Berechnungen)

Abbildung 12



Zuzahlung Fahrkosten je Versicherten



(Quelle: eigene Darstellung GKV-Spitzenverband, Daten KV 45 und KM 1/13)

1.2.7 Zuzahlung ambulante Vorsorgeleistungen, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen und medizinische Leistungen für Mütter und Väter

Trotz großer Schwankungen der jährlichen Veränderungsraten lässt sich über die gesamte Zeit ein leichter Anstieg der Zuzahlungen erkennen. Das Jahr 2009 markierte mit einem Betrag von 0,97 Euro je Versichertem den vorläufigen Höhepunkt. Die durchschnittliche jährliche Zuzahlungsbelastung je Versicherten im genannten Zeitraum betrug für diesen Bereich 0,82 Euro mit einer Standardabweichung von 0,10 Euro (Variationskoeffizient: 0,12).

Tabelle 13

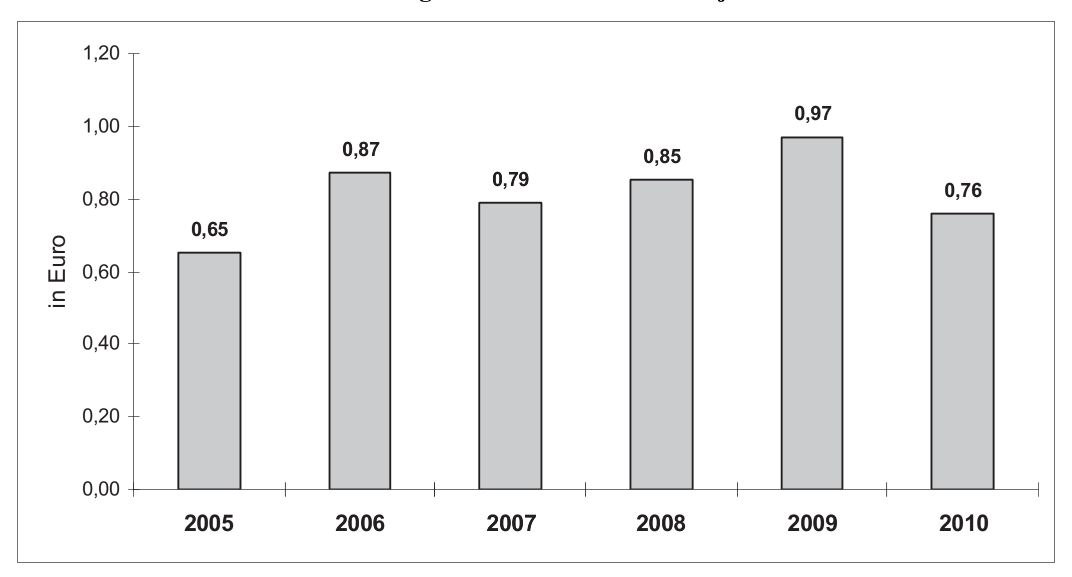
Zuzahlung absolut und je Versicherten, Veränderungsrate und Index

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
absolut in Mio. Euro	46,02	61,01	55,73	59,51	68,04	53,20
je Versicherten in Euro*	0,65	0,87	0,79	0,85	0,97	0,76
Veränderungsrate zum Vorjahr je Versicherten		32,78%	-8,57%	6,93%	14,69%	-21,57%
Index 2005 je Versicherten	100,00	132,78	121,41	129,82	148,89	116,77

* gerundet auf 2 Nachkommastellen
(Quelle: KV 45, KM 1/13, eigene Berechnungen)

Abbildung 13

Zuzahlung ambulante Vorsorgeleistungen, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, medizinische Leistungen für Mütter und Väter je Versicherten



(Quelle: eigene Darstellung GKV-Spitzenverband, Daten KV 45 und KM 1/13)

1.2.8 Zuzahlung Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch

Die Zuzahlungen je Versicherten fielen zunächst von 2005 zu 2006 ab und blieben bis 2008 konstant. Ab 2009 stiegen die Werte wieder an und erreichten 2010 den Ausgangswert (vgl. Abbildung 14). Im gesamten Zeitraum betrug die durchschnittliche jährliche Zuzahlungsbelastung je Versicherten für diesen Bereich 0,05 Euro mit einer Standardabweichung von 0,01 Euro (Variationskoeffizient: 0,19). Sie stellte damit im Durchschnitt je Versicherten die geringste finanzielle Belastung aller Zuzahlungsbereiche dar.

Tabelle 14

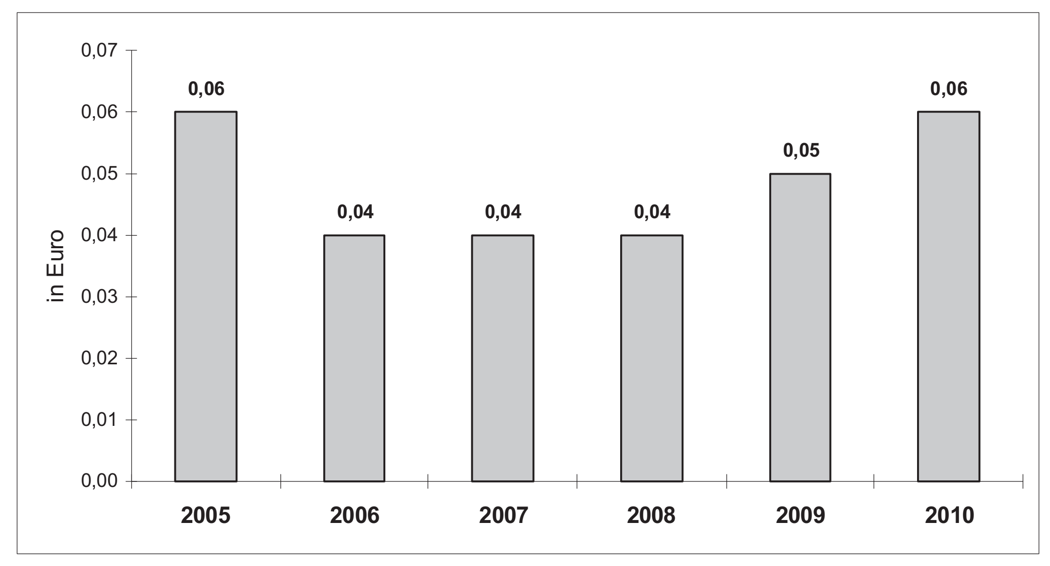
Zuzahlung absolut und je Versicherten, Veränderungsrate und Index

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
absolut in Mio. Euro	3,94	2,59	3,04	3,13	3,52	4,00
je Versicherten in Euro*	0,06	0,04	0,04	0,04	0,05	0,06
Veränderungsrate zum Vorjahr je Versicherten		–33,33%	0,00%	0,00%	25,00%	20,00%
Index 2005 je Versicherten	100,00	66,67	66,67	66,67	83,33	100,00

* gerundet auf 2 Nachkommastellen
(Quelle: KV 45, KM 1/13, eigene Berechnungen)

Abbildung 14

Zuzahlung Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch je Versicherten



(Quelle: eigene Darstellung GKV-Spitzenverband, Daten KV 45 und KM 1/13)

1.2.9 Zuzahlung ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Auf eine relativ stabile Entwicklung der Zuzahlungen für ergänzende Leistungen zur Rehabilitation in 2005 bis 2007 folgte ein Anstieg in 2008 und 2009. Im Jahr 2010 fiel der Wert wieder, lag jedoch immer noch über dem Wert in 2008. Die durchschnittliche jährliche Zuzahlungsbelastung je Versicherten im Zeitraum 2005 bis 2010 betrug 0,08 Euro mit einer Standardabweichung von 0,02 Euro (Variationskoeffizient: 0,24).

Tabelle 15

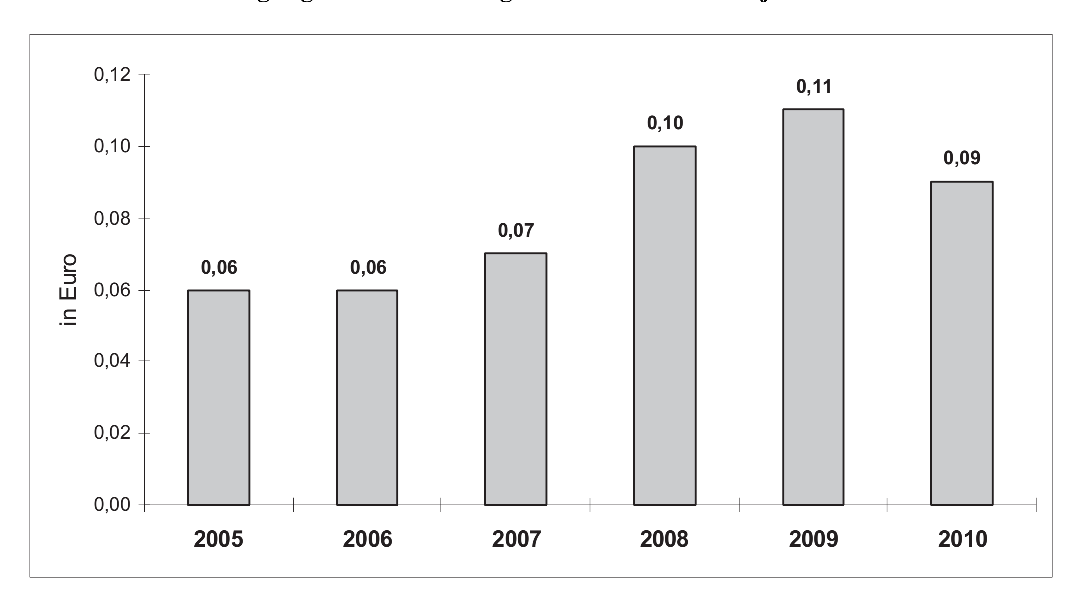
Zuzahlung absolut und je Versicherten, Veränderungsrate und Index

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
absolut in Mio. Euro	4,36	4,55	5,25	7,37	7,80	5,99
je Versicherten in Euro*	0,06	0,06	0,07	0,10	0,11	0,09
Veränderungsrate zum Vorjahr je Versicherten		0,00%	16,67%	42,86%	10,00%	-18,18%
Index 2005 je Versicherten	100,00	100,00	116,67	166,67	183,33	150,00

* gerundet auf 2 Nachkommastellen
(Quelle: KV 45, KM 1/13, eigene Berechnungen)

Abbildung 15

Zuzahlung ergänzende Leistungen zur Rehabilitation je Versicherten



(Quelle: eigene Darstellung GKV-Spitzenverband, Daten KV 45 und KM 1/13)
Anmerkung:
Unter ergänzende Leistungen zur Rehabilitation werden im Rahmen der amtlichen Statistik die Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 120 Absatz 2 SGB V (KA 544), die ambulante Rehabilitationsmaßnahme – ohne ambulante Anschlussrehabilitation (KA 546), die ambulante Anschlussrehabilitation (KA 547) sowie die ergänzende Leistungen zur Rehabilitation – DMP (KA 583) gefasst.

1.2.10 Zuzahlung Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege

Im betrachteten Zeitraum ist ein kontinuierlicher Anstieg der Zuzahlungen für Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege zu beobachten. Die durchschnittliche jährliche Zuzahlungsbelastung je Versicherten im betrachteten Zeitraum betrug 0,39 Euro mit einer Standardabweichung von 0,04 (Variationskoeffizient: 0,11).

Tabelle 16

Zuzahlung absolut und je Versicherten, Veränderungsrate und Index

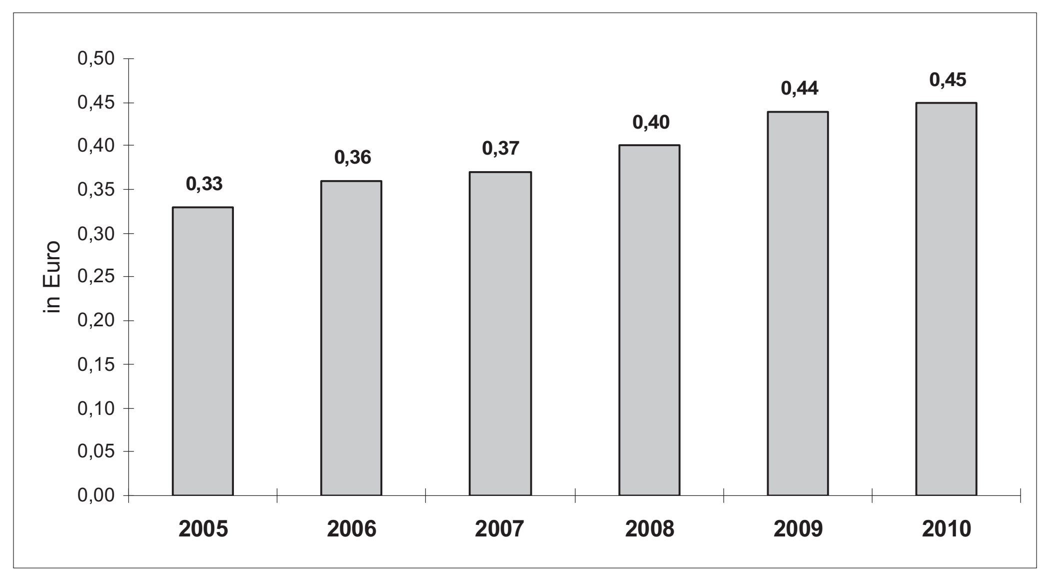
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
absolut in Mio. Euro	22,92	25,64	25,89	27,78	31,05	31,29
je Versicherten in Euro	0,33	0,36	0,37	0,40	0,44	0,45
Veränderungsrate zum Vorjahr je Versicherten		9,09%	2,78%	8,11%	10,00%	2,27%
Index 2005 je Versicherten	100,00	109,09	112,12	121,21	133,33	136,36

* gerundet auf 2 Nachkommastellen
(Quelle: KV 45, KM 1/13, eigene Berechnungen)

Abbildung 16



Zuzahlung Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege je Versicherten



(Quelle: eigene Darstellung GKV-Spitzenverband, Daten KV 45 und KM 1/13)

2. Entwicklung der eingeschränkt zuzahlungspflichtigen Versicherten sowie des Finanzvolumens der Erstattungen und Vorauszahlungen bei Zuzahlungsbefreiungen

2.1 Übersicht über die eingeschränkt Zuzahlungspflichtigen unter 18 Jahre für die Jahre 2005 bis 2010

Für Versicherte besteht bei der Inanspruchnahme von Leistungen der GKV bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres grundsätzlich keine Zuzahlungspflicht. Eine Ausnahme hiervon stellt lediglich der Bereich Fahrkosten dar, für den auch unter 18Jährige Zuzahlungen zu leisten haben (§ 60 Absatz 2 Satz 1 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V). Darüber hinaus ist zu beachten, dass zwar weitere Zuzahlungspflichten nicht bestehen, es im Zusammenhang mit bestimmten Leistungen zur Zahlung von Eigenanteilen und somit zu weiteren finanziellen Belastungen kommen kann[9].

Die Tabelle 17 zeigt für die Jahre 2005 bis 2010 die geschätzte Zahl der Versicherten unter 18 Jahren auf sowie die Entwicklung zum jeweiligen Vorjahr. Darüber hinaus werden die stichtagsbezogene Gesamtzahl der Versicherten sowie der Anteil der Versicherten unter 18 Jahren an der Gesamtzahl der Versicherten ausgewiesen.

[9] z. B. zur kieferorthopädischen Behandlung, wobei die Eigenanteile nach erfolgreicher Durchführung der Behandlung wieder an die Versicherten erstattet werden (§ 29 Absatz 3 Satz 2 SGB V)

Tabelle 17

Übersicht Versicherte unter 18 Jahren 2005 bis 2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Versicherte unter 18 Jahren*	12.414.894	12.131.707	11.921.341	11.682.055	11.467.332	11.264.993
Veränderungsrate zum Vorjahr		–2,28%	–1,73%	–2,01%	–1,84%	–1,76%
Anzahl Versicherte Gesamt	70.477.283	70.298.156	70.314.011	70.243.851	70.159.069	69.767.395
Anteil Versicherte unter 18 Jahren an Versicherte Gesamt	17,62%	17,26%	16,95%	16,63%	16,34%	16,15%

* geschätzte Werte, Datengrundlagen für die Schätzung siehe Anlage 2
(Quelle: KM 6, Stichtag 1. Juli des Jahres, eigene Berechnungen)

Die stichtagsbezogene Zahl der Versicherten unter 18 Jahren verlief von 2005 (12,41 Mio.) bis 2010 (11,26 Mio.) kontinuierlich rückläufig und betrug durchschnittlich 11,81 Mio.. Dies entsprach im Verhältnis zur stichtagsbezogenen durchschnittlichen Gesamtversichertenzahl von 70,21 Mio. einem Anteil von 16,83 Prozent. Die Gesamtversichertenzahl schwankte in dieser Zeit und entwickelte sich gegenüber 2005 rückläufig. Zu beachten ist, dass die Datenausweisung altersbezogen erfolgt ist und somit auch nach § 62 SGB V Zuzahlungsbefreite unter 18 Jahren erfasst sind.

2.2 Entwicklung der Zuzahlungsbefreiungen sowie des Finanzvolumens der Erstattungen und Vorauszahlungen bei Zuzahlungsbefreiungen nach § 62 SGB V 2005 bis 2010

2.2.1 Übersicht über die Zuzahlungsbefreiungen aufgrund der Überschreitung der Belastungsgrenzen nach § 62 SGB V

Die Tabelle 18 bietet für die Jahre 2005 bis 2010 einen Überblick über die von den Zuzahlungen Befreiten insgesamt (einschließlich der nach § 62 SGB V Zuzahlungsbefreiten unter 18 Jahren) sowie unterteilt nach Zuzahlungsbefreiten, für die die Belastungsgrenze von 1 bzw. 2 v. H. der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt galt, und wie sich deren Verteilung gemessen an der Gesamtzahl der Zuzahlungsbefreiten darstellte. Darüber hinaus werden die Gesamtzahl der Versicherten sowie der Anteil der Zuzahlungsbefreiten an der Gesamtzahl der Versicherten ausgewiesen.

Nach den vorliegenden Angaben schwankte die Zahl der Versicherten, die von den Zuzahlungen nach § 62 SGB V befreit wurden, in den Jahren 2005 bis 2010 zwischen ca. 6,849 Mio. (Jahr 2007) und 7,065 Mio. (Jahr 2008) und betrug im Durchschnitt ca. 6,981 Mio.. Für die weit überwiegende Anzahl der Zuzahlungsbefreiten – durchschnittlich 92,23 Prozent – war die Belastungsgrenze von 1 v. H. maßgebend (vgl. in Bezug auf die Verteilung auch Abbildung 17). Der Anteil aller Zuzahlungsbefreiten im Verhältnis zur Gesamtversichertenzahl betrug im Schnitt 9,94 Prozent und schwankte in den Jahren 2005 bis 2010 leicht, wobei sich die Gesamtversichertenzahl in diesem Zeitraum rückläufig entwickelte.

Tabelle 18

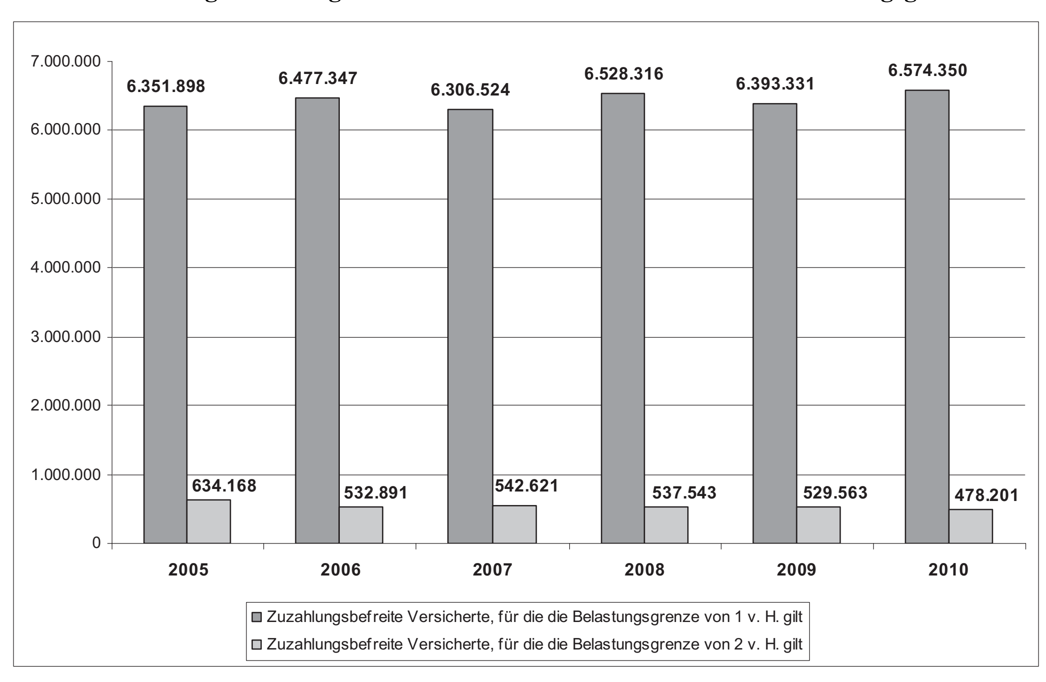
Übersicht zuzahlungsbefreite Versicherte 2005 bis 2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Zuzahlungsbefreite, für die die Belastungsgrenze von 1 v. H. gilt	6.351.898	6.477.347	6.306.524	6.528.316	6.393.331	6.574.350
Zuzahlungsbefreite, für die die Belastungsgrenze von 2 v. H. gilt	634.168	532.891	542.621	537.543	529.563	478.201
Zuzahlungsbefreite Gesamt	6.986.066	7.010.238	6.849.145	7.065.859	6.922.894	7.052.551
Anteil Zuzahlungsbefreite 1 v. H. an Zuzahlungsbefreiten Gesamt	90,92%	92,40%	92,08%	92,39%	92,35%	93,22%
Anteil Zuzahlungsbefreite 2 v. H. an Zuzahlungsbefreiten Gesamt	9,08%	7,60%	7,92%	7,61%	7,65%	6,78%
Anzahl Versicherte Gesamt	70.500.455	70.398.755	70.326.816	70.234.292	70.011.718	69.803.236
Anteil Zuzahlungsbefreite an Versicherten Gesamt	9,91%	9,96%	9,74%	10,06%	9,89%	10,10%

(Quelle: KV 45, KM 1/13, eigene Berechnungen)

Abbildung 17

Entwicklung zuzahlungsbefreite Versicherte 1 und 2 v. H. der Belastungsgrenze

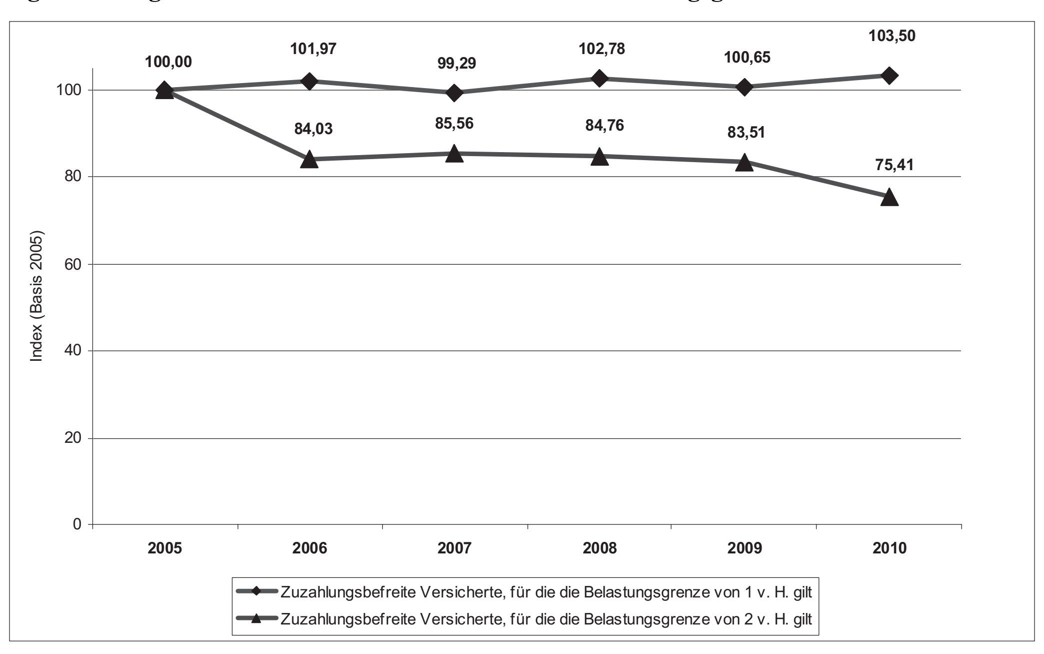


(Quelle: Daten KV 45, eigene Darstellung GKV-Spitzenverband)

Betrachtet man die Entwicklung der Zuzahlungsbefreiten von 2006 bis 2010 bezogen auf das Ausgangsjahr 2005, so zeichnet sich bei den Zuzahlungsbefreiten mit der Belastungsgrenze 1 v. H. eine Steigerung ab, die nur im Jahr 2007 unterbrochen wurde und mit 3,5 Prozent ihren Höhepunkt in 2010 erreichte. Die Zahl der Zuzahlungsbefreiten mit der Belastungsgrenze 2 v. H. entwickelte sich rückläufig. Der Ausgangswert des Jahres 2005 wurde in der Folgezeit nicht mehr erreicht und sank gegenüber dem Jahr 2005 am stärksten in 2010 um rund ein Viertel auf 75,41 Prozent ab (vgl. Abbilung 18).

Abbildung 18

Entwicklung zuzahlungsbefreite Versicherte 1 und 2 v. H. der Belastungsgrenze für 2006 bis 2010 auf Basis 2005



(Quelle: Daten KV 45, eigene Darstellung GKV-Spitzenverband)

2.2.2 Zuzahlungsbefreite Versicherte mit Befreiungsbescheid

In Tabelle 19 erfolgt für die Jahre 2005 bis 2010 die Darstellung des Anteils der Versicherten, die von den Zuzahlungen befreit wurden und einen Befreiungsbescheid erhielten. Die Daten wurden der Statistik KG 2 entnommen und weichen insofern von den unter Abschnitt B.2.2.1. aufgeführten Daten ab, die den vorläufigen Rechnungsergebnissen des jeweiligen 4. Quartals (KV 45) entstammen und somit keinen endgültigen Charakter besitzen können.

Deutlich wird, dass die Mehrzahl der Versicherten – im Durchschnitt 78,7 Prozent [10] – einen Befreiungsbescheid erhielten, wobei der Anteil der Versicherten mit der Belastungsgrenze von 1 v. H. mit einem Durchschnittswert von 79,1 Prozent höher war als der Anteil der Versicherten mit der Belastungsgrenze von 2 v. H. (durchschnittlich 72,8 Prozent).

Die Zahl der Befreiungsbescheide (absolut) im Zusammenhang mit der Belastungsgrenze von 2 v. H. sank in den Jahren 2005 bis 2009 von 487 649 auf 288 336 kontinuierlich und stieg nur in 2010 wieder leicht an (307 866), blieb jedoch hinter dem Wert von 2008 (317 503) zurück.

Eine ähnliche Entwicklung ist bei den Fällen der Belastungsgrenze von 1 v. H. zu beobachten. Die Zahl der Befreiungsbescheide fiel in den Jahren von 2005 bis 2009 mit Ausnahme eines leichten Anstiegs in 2008. In 2010 stieg die Zahl der Befreiungsbescheide auf 5,331 Mio. an, erreichte jedoch nicht den Wert von 2005 (5,364 Mio.). Die im Zusammenhang mit der Belastungsgrenze von 1 v. H. beschriebene Entwicklung spiegelt sich gleichermaßen in der Entwicklung der Gesamtzahl der Befreiungsbescheide wieder (vgl. Abbildung 19).

Ein differenzierteres Bild ergibt sich bei der Betrachtung der prozentualen Entwicklung der Befreiungsbescheide. Bei der Belastungsgrenze von 2 v. H. ist zu beobachten, dass der prozentuale Anteil der Versicherten mit Befreiungsbescheid kontinuierlich von 2005 mit 75,8 Prozent bis 2009 mit 68,4 Prozent sank und erst im Jahr 2010 wieder leicht auf 69,0 Prozent anstieg. Im Hinblick auf die Belastungsgrenze von 1 v. H. zeigt sich, dass der prozentuale Anteil der Versicherten mit Befreiungsbescheid generell höher ist als der Anteil der Versicherten mit Befreiungsbescheid bei den Fällen mit der Belastungsgrenze von 2 v. H.. Zwar fiel auch hier der Anteil trotz leichter Schwankungen ab. Im Vergleich der Jahre 2005 (80,2 Prozent) und 2010 (78,7 Prozent) ist der Rückgang mit 1,5 Prozent jedoch nicht so stark ausgeprägt, wie bei den Fällen mit der Belastungsgrenze von 2 v. H. (6,8 Prozent).

Bei der Betrachtung der Fälle mit Befreiungsbescheid absolut sowie prozentual ist zu beobachten, dass bei der Belastungsgrenze von 2 v. H. der prozentuale Anteil der Entwicklung der absoluten Zahlen folgt, also stieg bzw. sank. Bei der Entwicklung in Bezug auf die Belastungsgrenze in Höhe von 1 v. H. zeigt sich bis 2009 ein vergleichbares Bild, in 2010 hingegen sank der prozentuale Anteil trotz steigender Befreiungsbescheide. Die Anzahl der Fälle mit Befreiungsbescheid stieg damit nicht analog zur Gesamtzahl der Fälle, die die Belastungsgrenze von 1 v. H. überschritten hatten.

[10] Ermittelt aus dem Mittelwert der Gesamtzahl der Fälle nach § 62 SGB V sowie dem Mittelwert der Gesamtzahl der Fälle mit Befreiungsbescheid jeweils für die Jahre 2005 bis 2010.

Tabelle 19

Übersicht Fälle nach § 62 SGB V mit Befreiungsbescheid unterteilt nach 1 bzw. 2 v. H. der Belastungsgrenze für 2005 bis 2010

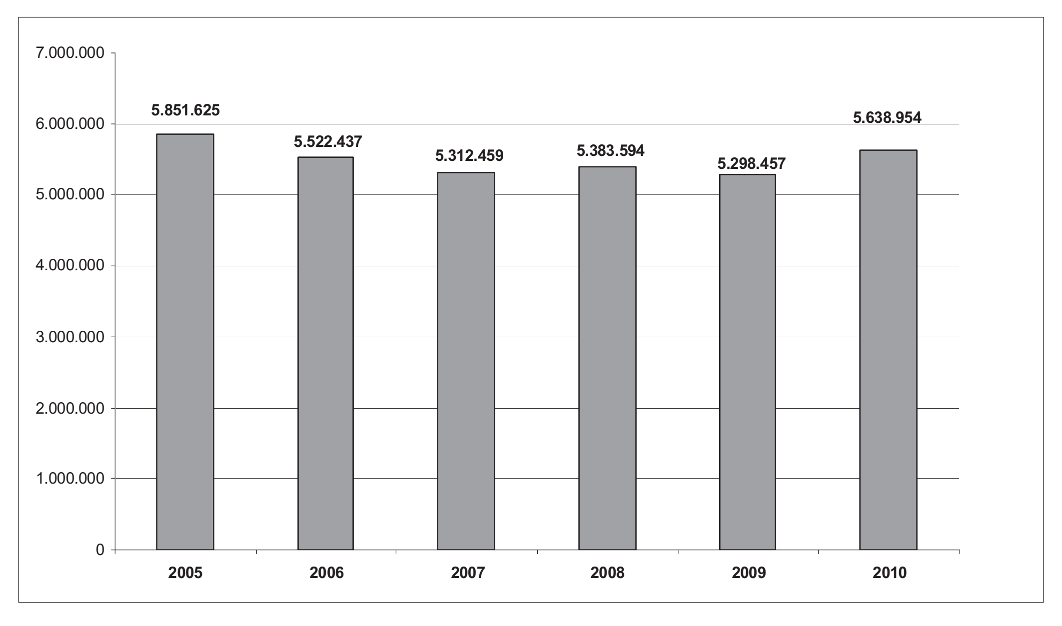
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Fälle Überschreiten der Belastungsgrenze von 2 v. H.	643.736	532.891	469.400	433.952	421.392	446.090
– davon mit Befreiungsbescheid (absolut)	487.649	400.063	345.581	317.503	288.336	307.866
– davon mit Befreiungsbescheid (prozentual)	75,8%	75,1%	73,6%	73,2%	68,4%	69,0%
Fälle Überschreiten der Belastungsgrenze von 1 v. H.	6.689.907	6.477.347	6.323.964	6.403.579	6.344.769	6.776.201
– davon mit Befreiungsbescheid (absolut)	5.363.976	5.122.374	4.966.878	5.066.091	5.010.121	5.331.088
– davon mit Befreiungsbescheid (prozentual)	80,2%	79,1%	78,5%	79,1%	79,0%	78,7%

(Quelle: KG 2, eigene Berechnungen)



Abbildung 19

Anzahl Befreiungsbescheide (1 v. H. und 2 v. H. der Belastungsgrenze) Gesamt

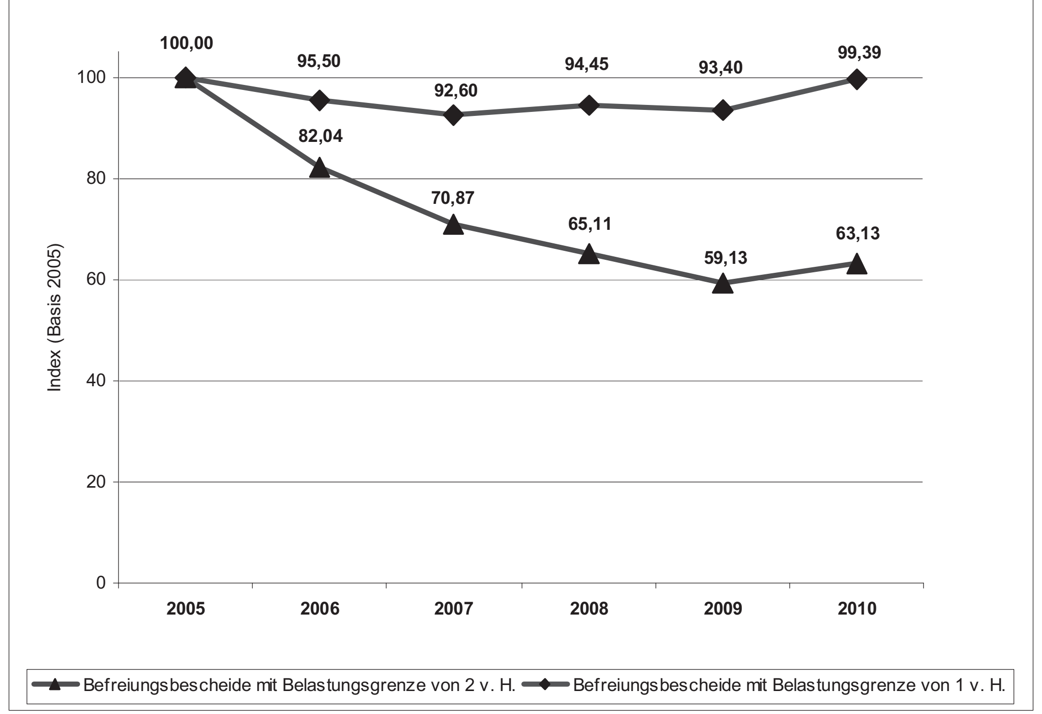


Anhand der nachfolgenden Abbildung ist erkennbar, wie sich die Anzahl der Befreiungsbescheide in der Zeit von 2006 bis 2010 bezogen auf das Basisjahr 2005 entwickelt hat.

Während die Zahl der Befreiungsbescheide bei der Belastungsgrenze von 1 v. H. Schwankungen unterlag und um höchstens 7,4 Prozent im Jahr 2007 sank, wurde der Ausgangswert von 2005 in 2010 nahezu wieder erreicht. Hingegen fielen die Befreiungsbescheide im Zusammenhang mit der Belastungsgrenze von 2 v. H. bis zum Jahr 2010 wesentlich stärker auf 63,13 Prozent ab. Den Tiefpunkt bildete das Jahr 2009 mit 59,13 Prozent.

Abbildung 20

Entwicklung Versicherte mit Befreiungsbescheid 1 und 2 v. H. der Belastungsgrenze für 2006 bis 2010 auf Basis 2005



(Quelle: Daten KG 2, eigene Darstellung GKV-Spitzenverband)

2.2.3 Entwicklung des Finanzvolumens der Erstattungen und Vorauszahlungen bei Zuzahlungsbefreiungen nach § 62 SGB V

In der nachfolgenden Tabelle wird das Finanzvolumen der Erstattungen nach § 62 SGB V und der Vorauszahlungen von Zuzahlungen für die Jahre von 2005 bis 2010 dargestellt.

Die Erstattungssummen zu viel geleisteter Zuzahlungen entwickelten sich danach von 2005 bis 2008 rückläufig. Ab 2008 war ein Anstieg in den Summen zu verzeichnen. Hingegen stiegen die Vorauszahlungen im Betrachtungszeitraum stetig an. Im Jahr 2010 lag der Vorauszahlungsbetrag über dem Erstattungsbetrag. Es erscheint denkbar, dass bei der etwa gleichbleibenden Zahl Zuzahlungsbefreiter (vgl. Abschnitt B.2.2.1.) die Erhöhung des Vorauszahlungsvolumens unter anderem auf eine Erhöhung der Zahl der Versicherten, die das Instrument der Vorauszahlung in Anspruch nehmen, zurückzuführen ist. Eindeutige Rückschlüsse sind mangels weitergehender Daten aus den amtlichen Statistiken jedoch nicht möglich.

Tabelle 20

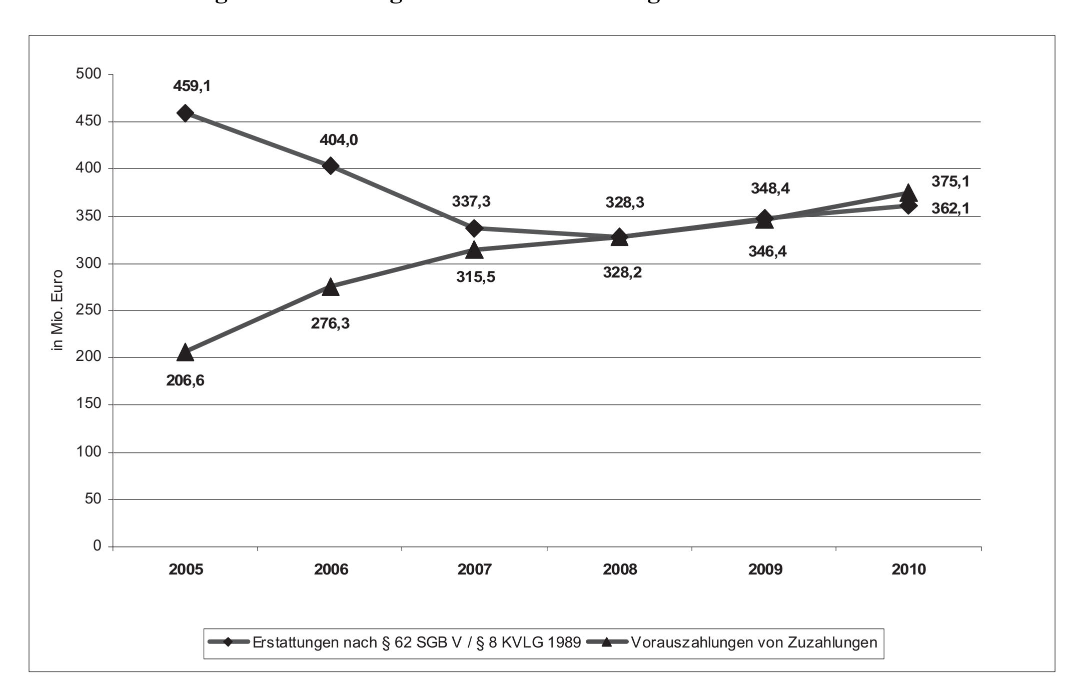
Erstattungen nach § 62 SGB V und Vorauszahlungen von Zuzahlungen

absolut in Mio. Euro	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Erstattungen nach § 62 SGB V	459,1	404,0	337,3	328,3	348,4	362,1
Vorauszahlungen von Zuzahlungen	206,6	276,3	315,5	328,2	346,4	375,1

(Quelle: KJ 1)

Abbildung 21

Entwicklung der Erstattungen und Vorauszahlungen für die Jahre 2005 bis 2010



(Quelle: Daten KJ 1, eigene Darstellung GKV-Spitzenverband)

2.3 Aufwendungen für Zuzahlungsfreistellungen bzw. Zuzahlungsermäßigungen oder -aufhebungen aufgrund von Ausnahmetatbeständen

2.3.1 Zuzahlungsfreistellung nach § 31 Absatz 3 Satz 4 SGB V – Festbetragsarzneimittel

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben zum 1. Juli 2006 erstmals für 79 Festbetragsgruppen Zuzahlungsfreistellungsgrenzen bestimmt. Deren Auswirkungen sind in dem von der Bundesregierung als Unterrichtung vom 5. Juli 2007 (Bundestagsdrucksache 16/6045) vorgelegten Bericht dargestellt (Anlage 1).

Aktuell sind zum Stand 1. Oktober 2011 insgesamt 6 873 Fertigarzneimittelpackungen von 107 Anbietern von der Zuzahlung freigestellt, so dass eine Zuzahlung in diesen Fällen von den Versicherten nicht zu leisten ist. Das sind 28 Prozent aller Fertigarzneimittelpackungen aus den 220 Festbetragsgruppen, für die Zuzahlungsfreistellungsgrenzen gelten. In fast 30 Prozent der Festbetragsgruppen mit Zuzahlungsfreistellungsgrenzen werden von den pharmazeutischen Unternehmern keine preisgünstigen zuzahlungsfreigestellten Packungen angeboten. Bezogen auf den gesamten Festbetragsmarkt entfallen 12,2 Prozent des Umsatzes und 13,4 Prozent der Verordnungen auf zuzahlungsfreigestellte Arzneimittel.

2.3.2 Zuzahlungsermäßigung oder -aufhebung nach § 31 Absatz 3 Satz 5 SGB V – Rabattverträge

Die den Krankenkassen entstandenen Aufwendungen in Form von Zuzahlungsermäßigungen oder -aufhebungen nach § 31 Absatz 3 Satz 5 SGB V im Zusammenhang mit Rabattvereinbarungen nach § 130a Absatz 8 SGB V sind in Tabelle 21 dargestellt. Die Regelung des § 31 Absatz 3 Satz 5 SGB V ist jedoch erst zum 1. April 2007 in Kraft getreten, so dass Daten für die Jahre 2005 und 2006 nicht zur Verfügung stehen können. Der in der amtlichen Statistik ausgewiesene Betrag für das Jahr 2007 dürfte aufgrund der unterjährigen Rechtsänderung für eine Auswertung nicht verwertbar sein, so dass eine Analyse der Daten erst ab dem Jahr 2008 erfolgt. Hinzu kommt, dass aufgrund bestehender Buchungsbestimmungen in diesen Werten auch Ermäßigung von Zuzahlungen oder Beiträgen für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen nach § 65a Absatz 2 SGB V in der bis zum 31. März 2007 geltenden Fassung enthalten sein können (vgl. Abschnitt B.2.3.3.1.).

In den Jahren von 2008 bis 2010 sind die Aufwendungen der Krankenkassen stark gesunken. Ob diese Veränderungen darauf zurückzuführen sind, dass Krankenkassen die Möglichkeit zur Ermäßigung oder Aufhebung der Zuzahlung weniger nutzten, da Apotheken seit dem 1. April 2007 zur vorrangigen Abgabe rabattierter Arzneimittel unter den beschriebenen Voraussetzungen verpflichtet wurden, lässt sich anhand der Daten aus den amtlichen Statistiken nicht überprüfen.

2.3.3 Zuzahlungsbefreiung/-ermäßigung nach § 65a Absatz 2 SGB V a. F. bzw. § 53 Absatz 3 SGB V auf Grund der Teilnahme an besondere Versorgungsformen

Besondere Versorgungsformen sind Modellvorhaben nach § 63 SGB V, die hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V, strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V oder die integrierte Versorgung nach § 140a SGB V.

Für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen nach § 73b, § 137f oder § 140a SGB V sah § 65a Absatz 2 SGB V in der bis zum 31. März 2007 geltenden Fassung einen Bonus in Form einer Ermäßigung der Zuzahlungen oder Beiträge vor. Für die Zeit ab 1. April 2007 regelt § 53 Absatz 3 SGB V, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 73c, § 137f oder § 140a SGB V teilnehmen, Tarife angeboten werden, die eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen können. Da die Aufwendungen der Krankenkassen somit nicht nur im Zusammenhang mit Zuzahlungsermäßigungen sondern auch in Form von Beitragsermäßigungen bzw. Prämienzahlungen erfolgt sind, ist der Aussagegehalt der nachfolgenden Daten eher als reduziert zu bewerten.

Tabelle 21

Versichertenbonus nach § 31 Absatz 3 Satz 5 SGB V*

	2007	2008	2009	2010
absolut in Mio Euro	130,66	89,54	30,49	5,79
je Versicherten in Euro	1,86	1,27	0,44	0,08

(Quelle: KJ 1, KA 596, eigene Berechnungen GKV-Spitzenverband auf Basis KM 1/13)

* Es können Aufwendungen nach § 65a Absatz 2 SGB V a. F. enthalten sein

2.3.3.1 Zuzahlungsbefreiung/-ermäßigung nach § 65a Absatz 2 SGB V a. F.

Die mit der bis zum 31. März 2007 geltenden Regelung des § 65a Absatz 2 SGB V einhergehenden Bonuszahlungen der Krankenkassen in Form von Zuzahlungs- oder Beitragsermäßigung finden sich in der nachfolgenden Tabelle 22.

Während die Aufwendungen 2006 mit 134,50 Mio. Euro stark gegenüber 2005 (75,06 Mio.) anstiegen, war für 2007 ein leichter Rückgang auf 130,66 Mio. Euro zu verzeichnen. Aus dem Wert für 2007 dürften sich jedoch keine verwertbaren Erkenntnisse ableiten lassen. Wenngleich die Buchungsbestimmungen vorsehen, dass die nach dem 31. März 2007 entstandenen Aufwendungen im Zusammenhang mit § 65a Absatz 2 SGB V a. F. auch weiterhin unter der Kontenart 596 zu fassen sind, wurde die Zuzahlungsermäßigung oder -aufhebung nach § 31 Absatz 3 Satz 5 SGB V (Rabattverträge) ab 1. April 2007 ebenfalls der Kontenart 596 zugeordnet (vgl. Abschnitt B.2.3.2.). Darüber hinaus ist zu beachten, dass die den Krankenkassen für die Zeit ab 1. April 2007 nunmehr im Rahmen von Wahltarifen entstandenen Aufwendungen unter den Konten 6340 bzw. 6342 gebucht wurden.

2.3.3.2 Zuzahlungsbefreiung/-ermäßigung nach § 53 Absatz 3 SGB V

Die Anzahl der an besonderen Versorgungsformen nach § 53 Absatz 3 SGB V teilnehmenden Versicherten in den Jahren 2008 bis 2010 sowie den prozentualen Anteil der Teilnehmer gemessen an der Gesamtzahl aller Versicherten stellt die Tabelle 23 dar.

Die Zahl der Versicherten, die sich in einem Wahltarif für besondere Versorgungsformen befanden, betrug 2008 8,5 Mio. und fiel 2009 mit 0,1 Mio. Versicherten um 1,21 Prozent leicht gegenüber dem Vorjahr auf 8,4 Mio. ab. 2010 stieg die Zahl gegenüber 2009 mit 1,4 Mio. Versicherten deutlich um 17,17 Prozent auf 9,8 Mio. wieder an. Danach nahmen im Jahr 2010 14,2 Prozent aller Versicherten an besonderen Versorgungsformen teil und somit 2 Prozent mehr als im Jahr 2008. Zu beachten ist jedoch, dass die Gesamtversichertenzahl von 2008 bis 2010 kontinuierlich rückläufig war.

Tabelle 22

Versichertenbonus nach § 65a Absatz 2 SGB V a. F.*

	2005	2006	2007
absolut in Mio. Euro	75,06	134,50	130,66
je Versicherten	1,06	1,91	1,86

(Quelle: KJ 1, KA 596)
* Für 2007 können Aufwendungen nach § 31 Absatz 3 Satz 5 SGB V enthalten sein.

Tabelle 23

GKV-Versicherte mit Wahltarifen nach § 53 Absatz 3 SGB V (Besondere Versorgungsformen)

	2008	2009	2010
Anzahl	8.540.572	8.437.270	9.886.316
Anteil an Versicherten Gesamt	12,2%	12,1%	14,2%

(Quelle: KM 1/13, eigene Berechnungen)
Hinweis: Für 2007 weisen die amtlichen Statistiken keine Teilnehmerzahlen aus.

Die Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen der Krankenkassen absolut sowie je teilnehmenden Versicherten in den Jahren 2007 bzw. 2008 bis 2010 sind der Tabelle 24 zu entnehmen.

Im Jahr der Einführung der Regelung betrugen die Prämienzahlungen bzw. Zuzahlungsermäßigungen noch 53,88 Mio. Euro und stiegen im darauffolgenden Jahr 2008 um über das Doppelte auf 111,84 Mio. Euro an. Allerdings entwickelten sich die Aufwendungen in den folgenden Jahren stark rückläufig und erreichten 2010 nahezu den Ausgangswert von 2007, während die Teilnehmerzahlen im Ergebnis eine entgegengesetzte Entwicklung nahmen und in den Jahren von 2008 zu 2009 zwar leicht fielen, jedoch in 2010 deutlich über den Wert von 2008 anstiegen. In den Jahren 2008 bis 2010 beliefen sich die Aufwendungen durchschnittlich auf 80,09 Mio. Euro (2007 bis 2010: 73,45 Mio. Euro). Die Aufwendungen je Versicherter fielen von 13,09 Euro (2008) um über die Hälfte (57,41 Prozent) auf 5,58 Euro in 2010 ab und betrugen in dieser Zeit durchschnittlich 9,12 Euro.

2.3.4 Bonusgewährungen nach § 65a Absatz 1 und 2 SGB V

In Tabelle 25 sind die Aufwendungen der Krankenkassen für Bonuszahlungen nach § 65a Absatz 1 und 2 SGB V in den Jahren 2005 bis 2010 dargestellt.

Die Bonuszahlungen stiegen ab 2005 (37,09 Mio. Euro) kontinuierlich an und erreichten 2009 ihren Höchstwert mit 167,75 Mio. Euro, dem rund 4,5fachen des Ausgangswertes. In 2010 fielen die Aufwendungen leicht auf 160,52 Mio. Euro ab, blieben aber immer noch über der Zahl von 2008 mit 140,43 Mio. Euro. Die durchschnittlichen Ausgaben betrugen 109,24 Mio. Euro. Zu beachten ist, dass in den Bonuszahlungen nicht zwingend nur Aufwendungen für Zuzahlungsbefreiungen oder -ermäßigungen enthalten sein müssen.

Tabelle 24

Prämienzahlungen bzw. Zuzahlungsermäßigungen nach § 53 Absatz 3 SGB V

	2007	2008	2009	2010
absolut in Mio. Euro	53,88	111,84	73,31	55,13
je teilnehmenden Versicherten in Euro		13,09	8,69	5,58

(Quelle: KJ 1, KA 634)

Tabelle 25

Versichertenbonus nach § 65a Absatz 1 und 2 SGB V (KA 597)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
absolut in Mio. Euro	37,09	55,67	93,99	140,43	167,75	160,52

(Quelle: KJ 1)

2.3.5 Gesamtaufwendungen für Zuzahlungsbefreiungen und -ermäßigungen bzw. Beitragsermäßigungen und Prämien- sowie sonstiger Bonuszahlungen

Die Aufwendungen für Zuzahlungsbefreiungen und -ermäßigungen bzw. Beitragsermäßigungen und Prämien- sowie sonstiger Bonuszahlungen insgesamt sind in Tabelle 26 dargestellt.

Die Aufwendungen der Krankenkassen betrugen in den Jahren 2005 bis 2010 durchschnittlich 235,94 Mio. Euro. Dabei gaben die Krankenkassen im Jahr 2005 noch 112,15 Mio. Euro aus, während es im Jahr 2008 mit 341,80 Mio. Euro schon über das Dreifache war und damit den Höhepunkt im Berichtszeitraum bildete. In den Folgejahren sanken die Ausschüttungen wieder auf 271,55 (2009) bzw. 221,45 Mio. Euro (2010) ab, fielen jedoch nicht hinter die Ausgaben für das Jahr 2006 (190, 17 Mio. Euro) zurück.

Tabelle 26

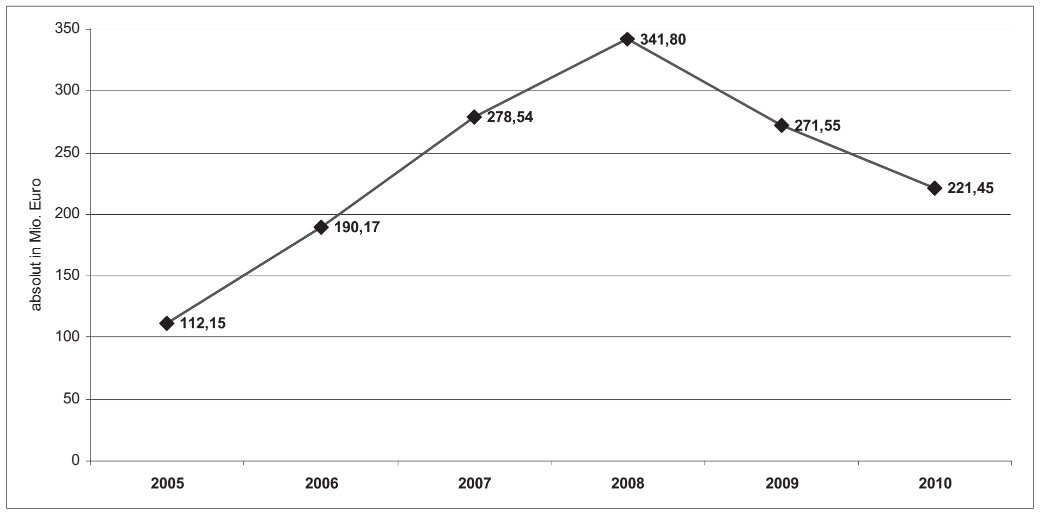
Gesamtaufwendungen Zuzahlungsbefreiungen und -ermäßigungen bzw. Beitragsermäßigungen und Prämien- sowie sonstiger Bonuszahlungen

Absolut in Mio. Euro	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Zuzahlungsermäßigung oder –aufhebung § 31 Abs. 3 [Satz 5] SGB V (KA 596)*			130,66	89,54	30,49	5,79
Versichertenbonus § 65a Abs. 2 SGB V a. F. (KA 596)	75,06	134,50				
Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigung für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen § 53 Abs. 3 SGB V (KA 634)			53,88	111,84	73,31	55,13
Versichertenbonus § 65a Abs. 1 und 2 SGB V (KA 597)	37,09	55,67	93,99	140,43	167,75	160,52
Gesamtausgaben	112,15	190,17	278,54	341,80	271,55	221,45

* Aufgrund der Buchungsbestimmungen können in den Beträgen auch Aufwendungen für den Versichertenbonus nach § 65a Abs. 2 SGB V a. F. enthalten sein.
(Quelle KJ 1, KA 596, 597, 634)

Abbildung 22

Entwicklung Gesamtausgaben für die Jahre 2005 bis 2010 § 31 Absatz 3 Satz 5 SGB V, § 53 Absatz 3 SGB V, § 65a Absatz 2 SGB V a. F. und § 65a Absatz 1 und 2 SGB V



(Quelle: eigene Darstellung GKV-Spitzenverband, Daten KJ 1)

3. Entwicklung von Fallzahlen zur Inanspruchnahme der mit Zuzahlungen belegten bzw. davon ausgenommen Leistungen

3.1 Inanspruchnahme von mit Zuzahlungen belegten Leistungen

3.1.1 Entwicklung der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung

3.1.1.1 Abrechnungsfälle Gesamt

Die nachfolgende Tabelle weist die Abrechnungsfälle der kurativen ärztlichen Behandlung insgesamt und je Versicherten sowie die versichertenbezogene Entwicklung zum jeweiligen Vorjahr und in den Jahren von 2006 bis 2010 bezogen auf das Ausgangsjahr 2005 aus.

Danach war bei den Abrechnungsfällen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme kurativer ärztlicher Behandlung von 2005 (502,52 Mio.) zu 2006 (487,80 Mio.) ein Rückgang von 14,72 Mio. Fällen zu verzeichnen. Ab 2006 stiegen die Abrechnungsfälle kontinuierlich – bis auf rund 567,42 Mio. Fälle in 2010 – an. Entsprechend entwickelten sich die Abrechnungsfälle je Versicherten, die bezogen auf den Betrachtungszeitraum mit 8,13 Fällen in 2010 ihren Höchstwert erreichten.

Tabelle 28 gibt einen Überblick über die Zuzahlungen zur ärztlichen Behandlung, die Abrechnungsfälle im Rahmen der ärztlichen Behandlung absolut sowie die Zuzahlungsbefreiten insgesamt. Darüber hinaus wird die Entwicklung der benannten Bereiche in den Jahren von 2006 bis 2010 bezogen auf das Ausgangsjahr 2005 dargestellt.

Tabelle 27

Abrechnungsfälle kurative ärztliche Behandlung

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Abrechnungsfälle kurative ärztliche Behandlung in Mio.	502,52	487,80	501,25	519,05	552,46	567,42
Abrechnungsfälle kurative ärztliche Behandlung je Versicherten	7,13	6,93	7,13	7,39	7,89	8,13
Veränderungsrate zum Vorjahr je Versicherten*		−2,79%	2,86%	3,69%	6,78%	3,01%
*Index auf Basis 2005 je Versicherten**	100,00	97,21	99,99	103,68	110,71	114,04

* Berechnung auf Basis ungerundeter Werte
(Quelle: KG 3, KM 1/13, eigene Berechnungen)

Tabelle 28

Zuzahlung, Abrechnungsfälle absolut, Zuzahlungsbefreite Gesamt sowie Entwicklung der einzelnen Bereiche von 2006 bis 2010 auf Basis 2005

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Zuzahlung ärztliche Behandlung in Mio. Euro*	1.620,13	1.555,81	1.526,32	1.520,57	1.501,85	1.546,52
Index auf Basis 2005	100,00	96,03	94,21	93,85	92,70	95,46
Abrechnungsfälle ärztliche Behandlung in Mio.**	509,57	495,99	509,44	528,77	561,34	576,99
Index auf Basis 2005	100,00	97,33	99,98	103,77	110,16	113,23
Zuzahlungsbefreite Versicherte Gesamt	6.986.066	7.010.238	6.849.145	7.065.859	6.922.894	7.052.551
Index auf Basis 2005	100,00	100,35	98,04	101,14	99,10	100,95

* Kontenart 400, 401, 403, 570
** Summe aus Fälle ärztliche kurative Behandlung, Fälle ambulantes Operieren und Fälle ärztliche Behandlung integrierte Versorgung
(Quelle: KV 45, KG 3, KM 1/13, eigene Berechnungen)

Wie unter Abschnitt B.1.2.1. beschrieben, entwickelten sich die Zuzahlungen im Bereich ärztliche Behandlung in der Zeit von 2005 bis 2009 rückläufig. In 2010 war ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Im Vergleich dazu stiegen die Abrechnungsfälle – mit Ausnahme von 2005 zu 2006 – im gleichen Zeitraum beständig an. Die Zahl der zuzahlungsbefreiten Versicherten in diesem Zeitraum blieb hingegen auf einem nahezu konstanten Niveau. Eine mögliche Ursache für den Anstieg der Abrechnungsfälle könnte die Laborreform zum 4. Quartal 2008 gewesen sein, da ab diesem Zeitpunkt die sogenannten Laborgemeinschaften als eigenständige an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer geführt werden und die durch sie erbrachten Auftragsleistungen aus Überweisungsfällen resultieren, die vor dem 4. Quartal 2008 nicht als solche deklariert wurden. Ob auch verstärkt zuzahlungsbefreite Versicherte die ärztliche Behandlung in Anspruch nahmen und daraus Fallzahlensteigerungen resultierten, ist unklar. Für eine valide Aussage und tiefergehende Rückschlüsse auf das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten wären detaillierte Daten notwendig, die sich den amtlichen Statistiken nicht entnehmen lassen. Die Entwicklung der Abrechnungsfälle, der Zuzahlungen zur ärztlichen Behandlung sowie der Zuzahlungsbefreiten spiegelt sich auch in der Betrachtung der Jahre 2006 bis 2010 auf der Basis des Jahres 2005 wieder (vgl. Abbildung 23).

3.1.1.2 Entwicklung getrennt nach Haus- und Fachärzten

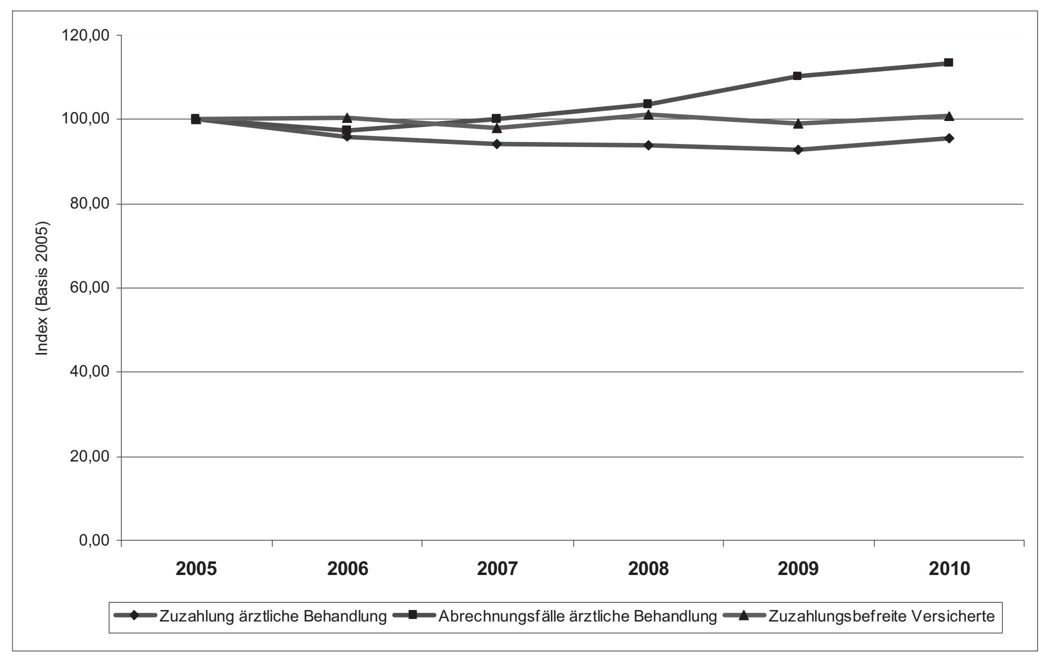
Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) hatte im Rahmen einer Stichprobenerhebung über 4 Quartale des Jahres 2004 untersucht, ob die zum 1. Januar 2004 eingeführte Praxisgebühr zu einem nachhaltigen Rückgang bei der Inanspruchnahme von Ärzten gegenüber dem Jahr 2003 geführt hat. Das Zi kam in einer sogenannten Studie vom 24. Januar 2005[11] zu dem Ergebnis, dass die Behandlungsfälle in allen Arztgruppen über das Gesamtjahr 2004 dauerhaft zurückgegangen seien und es in einigen Facharztgruppen zweistellige Fallzahlrückgänge gegeben habe. Vom Fallzahlrückgang seien insbesondere Versicherte im Alter von 20 bis 39 Jahren betroffen gewesen. Im Vergleich zu den Behandlungsfällen hätten sich die Praxiskontakte jedoch weniger stark reduziert. Dies zeige, dass die ärztliche Inanspruchnahme bei kontaktintensiven Fällen durch die Praxisgebühr weniger betroffen gewesen sei.

Die Tabelle 29 weist die Veränderung der Fallzahlen der Praxen in den jeweiligen Quartalen des Jahres 2004 gegenüber den entsprechenden Quartalen des Jahres 2003 aus.

[11] Einsehbar auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) www.kbv.de/publikationen/2653.html

Abbildung 23


Entwicklung der Abrechnungsfälle ärztliche Behandlung 2006 bis 2010 auf Basis 2005



(Quelle: eigene Darstellung GKV-Spitzenverband, Daten KJ 1, KG 3, KV 45)

Tabelle 29

Entwicklung der Fallzahlen der Praxen in den Jahren 2003 und 2004

Arztgruppe	Fallzahl der Praxen*				
	Veränderung Quartale I/03 – I/04 in %	Veränderung Quartale II/03 – II/04 in %	Veränderung Quartale III/03 – III/04 in %	Veränderung Quartale IV/03 – IV/04 in %	Veränderung Gesamtjahre 2003 – 2004 in %
Allgemeinärzte	-11,0	-5,0	-4,1	-6,6	-6,7
Anästhesisten	-2,0	-4,6	-4,2	-2,1	-2,7
Augenärzte	-11,1	-11,0	-12,2	-12,4	-10,9
Chirurgen	-12,3	-13,5	-11,0	-10,6	-11,6
Gynäkologen	-13,1	-14,9	-15,9	-16,9	-15,1
HNO-Ärzte	-14,9	-7,4	-10,1	-11,7	-11,1
Hautärzte	-20,3	-16,3	-15,5	-18,3	-17,5
Internisten (Facharzt)	-5,5	-5,7	-4,4	-5,2	-4,8
Internisten (Hausarzt)	-9,7	-6,5	-5,2	-5,5	-6,5
Kinderärzte (Hausarzt)	-3,4	1,0	-0,9	-1,3	-1,2
Nervenärzte	-2,3	-2,3	-3,1	-3,8	-2,7
Orthopäden	-12,4	-9,2	-9,4	-10,3	-11,3
Radiologen	-1,3	0,1	-2,2	-4,1	-1,9
Urologen	-10,0	-7,6	-10,7	-10,8	-9,6
Gesamt**	-10,1	-7,8	-8,2	-9,3	-8,7

* für Praxen mit Leistungsdaten in beiden Quartalen/Vergleichszeiträumen
** für Praxen mit Leistungsdaten in beiden Quartalen/Vergleichszeiträumen, Summe ungewichtet
(Quelle: Internetauftritt der KBV, www.kbv.de/publikationen/2653.html)

Das Zi stellte fest, dass nach einem Fallzahlrückgang im 1. Quartal 2004 um -10,1 Prozent ein Rückgang der Fallzahlen im 2. Quartal von -7,8 Prozent, im 3. Quartal von -8,2 Prozent und im 4. Quartal von -9,3 Prozent erfolgte. Über das Gesamtjahr sei ein Fallzahlrückgang von -8,7 Prozent erfolgt. Zweistellige Fallzahlenrückgänge hätten Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, Orthopäden und Urologen zu verzeichnen. Bei Allgemeinärzten hätten sich die zweistelligen Fallzahlrückgänge in den folgenden Quartalen auf einstelligem Niveau mit zuletzt -6,6 Prozent im 4. Quartal und mit einem Gesamtfallzahlrückgang im Kalenderjahr 2004 mit -6,7 Prozent stabilisiert.

Die nachfolgende Tabelle weist die Veränderung der Arzt-Praxiskontakte in den jeweiligen Quartalen des Jahres 2004 gegenüber den entsprechenden Quartalen des Jahres 2003 aus.

Tabelle 30

Entwicklung der Arzt-/Patientenkontakte in den Jahren 2003 und 2004

Arztgruppe	Arzt-/Praxiskontakte*				
	Veränderung Quartale I/03 - I/04 in %	Veränderung Quartale II/03 - II/04 in %	Veränderung Quartale III/03 - III/04 in %	Veränderung Quartale IV/03 - IV/04 in %	Veränderung Gesamtjahre 2003 - 2004 in %
Allgemeinärzte	-2,9	4,0	2,9	1,2	1,3
Anästhesisten	0,2	0,8	5,6	0,4	1,7
Augenärzte	-7,2	-6,3	-10,4	-8,6	-7,6
Chirurgen	-5,4	-6,4	-1,6	-2,9	-3,9
Gynäkologen	-9,2	-11,3	-12,1	-12,9	-11,4
HNO-Ärzte	-8,9	-0,2	-3,7	-6,3	-4,9
Hautärzte	-13,6	-10,2	-9,2	-10,3	-10,7
Internisten (Facharzt)	-1,6	-0,5	-1,0	-3,1	-1,0
Internisten (Hausarzt)	-0,7	2,9	2,0	1,5	1,6
Kinderärzte (Hausarzt)	-0,9	3,7	-1,1	1,1	0,6
Nervenärzte	1,8	0,9	-2,9	-2,2	-0,4
Orthopäden	-4,2	-0,7	-1,3	-3,0	-3,4
Radiologen	1,4	3,3	-1,4	-2,5	-0,8
Urologen	-6,0	-3,6	-6,4	-4,7	-5,0
Gesamt**	-4,5	-1,3	-2,6	-3,2	-2,9

* für Praxen mit Leistungsdaten in beiden Quartalen/Vergleichszeiträumen
** für Praxen mit Leistungsdaten in beiden Quartalen/Vergleichszeiträumen, Summe ungewichtet
Datengrundlage: Stichprobenanalyse auf Basis des ZI-ADT-Panels mit ca. 600 000 Behandlungsfällen je Quartal
(Quelle: Internetauftritt der KBV, www.kbv.de/publikationen/2653.html)

Die Entwicklung der Arzt-Praxiskontakte folgte nach Ansicht des Zi der Entwicklung der Behandlungsfälle insgesamt auf einem deutlich niedrigeren Niveau. Über das Gesamtjahr sei ein Rückgang von -2,9 Prozent festzustellen. Bei Allgemeinärzten, Anästhesisten, hausärztlichen Internisten und Kinderärzten seien die Kontaktzahlen sogar leicht angestiegen. Eine Erklärung für den geringeren Rückgang der Kontaktzahlen ergibt nach Meinung des Zi die Analyse von Fällen und Kontakten nach dem Alter der Patienten.

Die Tabelle 31 gibt die Entwicklung der Fallzahlen nach Patientenaltersgruppen in den jeweiligen Quartalen des Jahres 2004 gegenüber den entsprechenden Quartalen des Jahres 2003 an.

Das Zi stellte fest, dass bei zuzahlungsbefreiten Kindern und Jugendlichen der Fallzahlrückgang im Kalenderjahr 2004 mit -4,7 Prozent am geringsten ausfiel. Am stärksten sei der Fallzahlrückgang in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen mit -16,2 Prozent gewesen. Auch Patienten im Alter von 60 Jahren und älter verzeichneten mit -6,0 Prozent weniger starke Fallzahlrückgänge, weil dort die Behandlung chronischer Erkrankungen vorherrsche und bei vielen Versicherten eine Zuzahlungsbefreiung von der Praxisgebühr wegen Überschreitens der finanziellen Belastungsgrenzen eintrete. Bei 40 bis 59-Jährigen habe der Fallzahlenrückgang -9,1 Prozent betragen.

Die Tabelle 32 gibt die Entwicklung der Arzt-/Praxiskontakte nach Patientenaltersgruppen in den jeweiligen Quartalen des Jahres 2004 gegenüber den entsprechenden Quartalen des Jahres 2003 an.

Tabelle 31

Entwicklung der Fallzahlen nach Patientenaltersgruppen in den Jahren 2003 und 2004

Altersgruppe in Jahren	Fallzahl der Praxen*				
	Veränderung Quartale I/03 – I/04 in %	Veränderung Quartale II/03 – II/04 in %	Veränderung Quartale III/03 – III/04 in %	Veränderung Quartale IV/03 – IV/04 in %	Veränderung Gesamtjahre 2003 – 2004 in %
unter 20	–8,1	–4,2	–4,9	–2,4	–4,7
20 – 39	–17,2	–16,2	–16,1	–16,3	–16,2
40 – 59	–10,8	–7,9	–7,9	–10,1	–9,1
60 und älter	–6,3	–4,5	–5,4	–7,9	–6,0
Gesamt**	–10,1	–7,8	–8,2	–9,3	–8,7

* für Praxen mit Leistungsdaten in beiden Quartalen/Vergleichszeiträumen
** inclusive Behandlungsfälle ohne Altersangabe
(Quelle: Internetauftritt der KBV, www.kbv.de/publikationen/2653.html)

Tabelle 32

Entwicklung der Arzt-/Praxiskontakte nach Patientenaltersgruppen in den Jahren 2003 und 2004

Altersgruppe in Jahren	Arzt-/Praxis-Kontakten*				
	Veränderung Quartale I/03 – I/04 in %	Veränderung Quartale II/03 – II/04 in %	Veränderung Quartale III/03 – III/04 in %	Veränderung Quartale IV/03 – IV/04 in %	Veränderung Gesamtjahre 2003 – 2004 in %
unter 20	–5,0	–0,3	–3,7	0,5	–2,1
20 – 39	–10,2	–9,5	–10,1	–10,5	–10,0
40 – 59	–5,3	–1,2	–2,0	–3,5	–3,0
60 und älter	–1,0	2,0	0,9	–1,2	0,0
Gesamt**	–4,5	–1,3	–2,6	–3,2	–2,9

* für Praxen mit Leistungsdaten in beiden Quartalen/Vergleichszeiträumen
** incl. Behandlungsfälle ohne Altersangabe
Datengrundlage: Stichprobenanalyse auf Basis des ZI-ADT-Panels mit ca. 600 000 Behandlungsfällen je Quartal
(Quelle: Internetauftritt der KBV, www.kbv.de/publikationen/2653.html)

Das Zi stellte hierzu fest, dass sich bei den Arztkontakten im Kalenderjahr 2004 bei den 60-Jährigen gegenüber dem Vorjahr keine Veränderung (bzw. 0,0 Prozent) zeigte. Bei den Kindern und Jugendlichen unter 20 Jahren habe es einen leichten Rückgang von -2,1 Prozent gegeben. Die 20- bis 39-Jährigen hätten -10,0 Prozent weniger Kontakte und die 40- bis 59-Jährigen -3,0 Prozent. Diese Zahlen lassen nach Ansicht des Zi vermuten, dass die Ärzte nach Einführung der Praxisgebühr ihren Fokus wahrscheinlich verstärkt auf die Behandlung von Patienten mit ernsthaften und entsprechend kontaktintensiven Erkrankungen gerichtet haben.

Die Tabelle 33 gibt den Anteil der Überweisungen an allen Fällen in den 4 Quartalen der Jahre 2003 und 2004 wieder.

Nach Ansicht des Zi hatte der Anteil der Überweisungen an allen Behandlungsfällen seit Einführung der Praxisgebühr erwartungsgemäß wieder stark zugenommen. Der Grund habe offensichtlich darin gelegen, dass Patienten mit ergänzender Inanspruchnahme eines Zweitarztes bei Überweisung keine Praxisgebühr zu zahlen hätten. Habe der Anteil der Überweisungen an allen Behandlungsfällen in den 4 Quartalen des Jahres 2003 unter 10 Prozent gelegen, so sei er in allen 4 Quartalen des Jahre 2004 wieder auf über 40 Prozent gestiegen. Dabei haben nach Feststellung des Zi Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte und fachärztliche Internisten, Nervenärzte, Orthopäden und Urologen – wie zu Zeiten des quartalsgebundenen Krankenscheins – wieder Überweisungsanteile zwischen 50 und 70 Prozent aller Behandlungsfälle.

Im Hinblick auf eine Gesamteinschätzung ist darauf hinzuweisen, dass die vom Zi vorgestellten Ergebnisse für das Jahr 2004 nur als Momentaufnahme angesehen werden können. Weitergehende Schlussfolgerungen, etwa in Form einer Fortsetzung der Entwicklung oder zumindest in Form von konstant abgesenkten Fallzahlen für die Folgejahre lassen sich hieraus nicht ableiten. In diesem Zusammenhang ist auch auf die unter Abschnitt D aufgeführten Studienergebnisse zu verweisen.

Tabelle 33

Anteil der Überweisungen an allen Fällen in den 4 Quartalen der Jahre 2003 und 2004

Arztgruppe	Anteil der Überweisungen an allen Fällen in %							
	2003				2004			
	I/2003	II/2003	III/2003	IV/2003	I/2004	II/2004	III/2004	IV/2004
Allgemeinärzte	0,2	0,3	0,2	0,2	5,0	5,4	5,6	5,8
Augenärzte	4,5	4,4	4,6	4,7	64,0	61,4	58,3	59,6
Chirurgen	16,6	17,0	17,1	16,8	64,5	60,5	58,8	57,9
Gynäkologen	12,8	11,7	11,9	14,3	59,3	58,9	55,9	57,0
HNO-Ärzte	7,3	7,2	7,8	7,8	61,8	58,6	56,9	57,1
Hautärzte	4,2	4,6	5,0	5,0	62,0	58,7	58,0	57,9
Internisten (Facharzt)	42,4	42,2	41,7	43,5	61,8	59,8	58,2	57,0
Internisten (Hausarzt)	2,7	2,7	2,6	2,8	10,7	11,4	10,5	11,3
Kinderärzte (Hausarzt)	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4
Nervenärzte	25,3	23,7	24,4	25,7	80,7	78,4	74,9	73,0
Orthopäden	8,4	8,1	8,4	8,6	70,3	68,1	64,3	63,3
Urologen	10,9	10,2	10,3	10,7	78,2	76,2	71,7	71,8
Gesamt*	8,7	8,7	8,8	9,3	47,7	46,0	44,2	43,3

* ungewichtet, ohne Anästhesisten und Radiologen
Datengrundlage: Stichprobenanalyse auf Basis des ZI-ADT-Panels mit ca. 600 000 Behandlungsfällen je Quartal
(Quelle: Internetauftritt der KBV, www.kbv.de/publikationen/2653.html)

3.1.2 Entwicklung der Inanspruchnahme zahnärztlicher Behandlung

Tabelle 34 enthält für die Jahre 2005 bis 2010 die Abrechnungsfälle der zahnärztlichen Behandlung im Bereich der konservierend-chirurgische Leistungen insgesamt und je Versicherten sowie die versichertenbezogene Entwicklung zum jeweiligen Vorjahr und in den Jahren von 2006 bis 2010 bezogen auf das Ausgangsjahr 2005.

Die Abrechnungsfälle der zahnärztlichen Behandlung im Bereich der konservierend-chirurgische Leistungen unterlagen von 2005 bis 2007 leichten Schwankungen. Nach einem Anstieg im Jahr 2008 auf 85,69 Mio. fielen die Fälle in den Folgejahren wieder leicht ab und blieben mit 84,09 Mio. (2009) und 84,21 Mio. (2010) nahezu gleich. In den Jahren 2005 bis 2010 gab es durchschnittlich 1,18 Abrechnungsfälle je Versicherten.

Eine Übersicht über die Zuzahlungen zur zahnärztlichen Behandlung, die Abrechnungsfälle absolut sowie die Zuzahlungsbefreiten insgesamt bietet die folgende Tabelle 35. Zudem wird die Entwicklung der benannten Bereiche in den Jahren von 2006 bis 2010 bezogen auf das Ausgangsjahr 2005 dargestellt.

Tabelle 34

Abrechnungsfälle zahnärztliche Behandlung (konservierend-chirurgische Leistungen)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Abrechnungsfälle konservierend-chirurgische Leistungen in Mio.	80,72	81,64	80,52	85,69	84,09	84,21
Abrechnungsfälle konservierend-chirurgische Leistungen je Versicherten	1,14	1,16	1,14	1,22	1,20	1,21
Veränderungsrate zum Vorjahr je Versicherten*		1,27%	-1,29%	6,16%	-1,58%	0,44%
*Index auf Basis 2005 je Versicherten**	100,00	101,29	100,00	106,56	104,91	105,37

* Berechnung erfolgte auf Basis ungerundeter Werte
(Quelle: KV 45, KG 3, KM 1/13, eigene Berechnungen)

Tabelle 35

Zuzahlung, Abrechnungsfälle absolut und Zuzahlungsbefreite Gesamt sowie Entwicklung der einzelnen Bereiche von 2006 bis 2010 auf Basis 2005

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Zuzahlung zahnärztliche Behandlung in Mio. Euro*	384,13	375,50	372,32	402,65	374,52	381,67
Index auf Basis 2005	100,00	97,75	96,93	104,82	97,50	99,36
Fallzahlen zahnärztliche Behandlung in Mio.**	80,72	81,65	80,52	85,72	84,14	84,26
Index auf Basis 2005	100,00	101,16	99,76	106,19	104,23	104,39
Zuzahlungsbefreite Versicherte Gesamt	6.986.066	7.010.238	6.849.145	7.065.859	6.922.894	7.052.551
Index auf Basis 2005	100,00	100,35	98,04	101,14	99,10	100,95

* Kontenart 410, 412, 571
** Summe aus Fällen konservierend-chirurgische Leistungen und Fällen integrierte Versorgung – zahnärztliche Behandlung
(Quelle: KV 45, KG 3, KM 1/13, eigene Berechnungen)

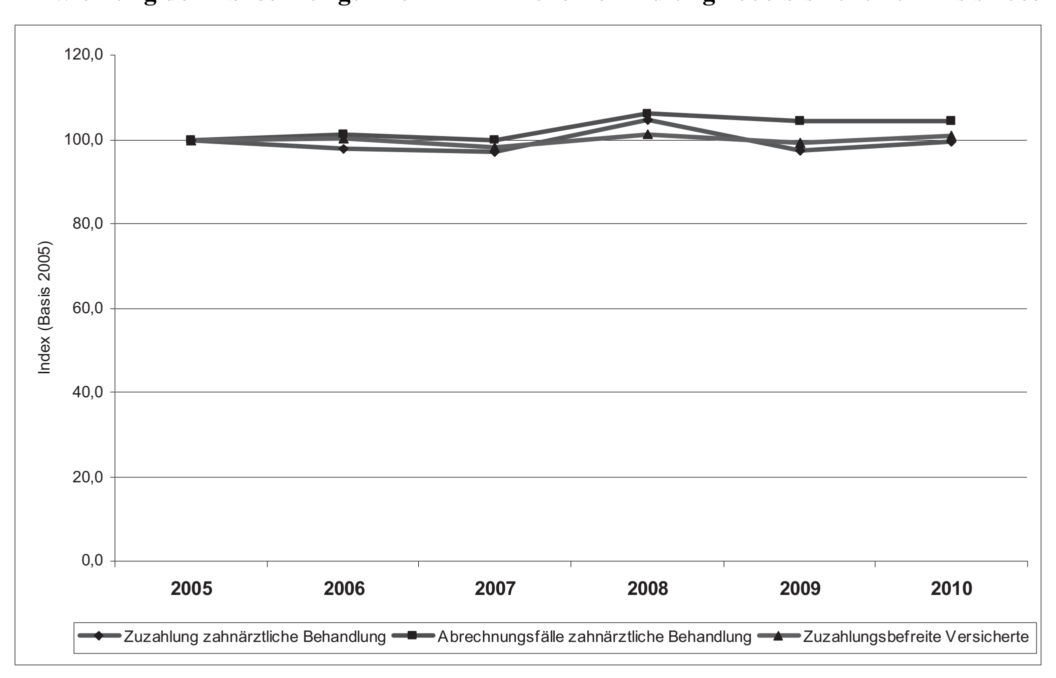
Die im Gesamtverlauf relativ konstanten Zuzahlungen stiegen in 2008 an, fielen jedoch im Folgejahr wieder leicht ab. Bei den Abrechungsfällen der zahnärztlichen Behandlung war mit einem Anstieg für das Jahr 2008 und einem leichtem Absinken im Folgejahr ein ähnlicher Verlauf zu beobachten. Im Gegensatz zum Bereich der Zuzahlungen blieb das Niveau der Abrechnungsfälle in den Jahren 2009 und 2010 jedoch annähernd identisch. Für eine Analyse zum Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten wären auch hier weitergehende Daten notwendig.

3.1.3 Entwicklung der Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung

Im Folgenden werden die Krankenhausfälle insgesamt sowie die mit Zuzahlungen und ohne Zuzahlungen belegten Krankenhausfälle dargestellt. Ebenfalls wird die Entwicklung von 2006 bis 2010 auf der Basis des Jahres 2005 abgebildet. Zu beachten ist, dass in den angegebenen Krankenhausfällen Gesamt und ohne Zuzahlung auch Krankenhausbehandlungsfälle von Kindern vor Vollendung des 18. Lebensjahres sowie teilstationäre Krankenhausfälle enthalten sind. Da eine Zuzahlungspflicht zur teilstationären Krankenhausbehandlung nicht besteht und Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ebenfalls keine Zuzahlungen zur stationären Krankenhausbehandlung zu entrichten haben, ist bei den Krankenhausfällen ohne Zuzahlung nicht davon auszugehen, dass diese Werte nur auf Krankenhausinanspruchnahmen durch von den Zuzahlungen nach § 62 SGB V befreite Versicherte zurückzuführen sind. Unberücksichtigt gelassen wurden auch die Leistungsfälle der Krankenhausbehandlung bei integrierter Versorgung, die in der Zeit von 2005 bis 2010 durchschnittlich einen Anteil von unter 0,01 Prozent an der Gesamtmenge ausmachten und die amtliche Statistik zudem keine getrennte Ausweisung nach Fällen mit und ohne Zuzahlung vorgenommen hat.

Abbildung 24

Entwicklung der Abrechnungsfälle zahnärztliche Behandlung 2006 bis 2010 auf Basis 2005



(Quelle: eigene Darstellung GKV-Spitzenverband, Daten KJ 1, KG 3, KV 45)

Tabelle 36

Fälle Krankenhausbehandlung Gesamt sowie mit und ohne Zuzahlung

Angaben in Mio.	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Krankenhausfälle Gesamt*	15,09	14,74	15,20	15,68	15,87	16,23
Index auf Basis 2005	100,00	97,64	100,68	103,87	105,11	107,50
Krankenhausfälle mit Zuzahlung	9,29	8,85	8,93	9,07	9,25	9,79
Index auf Basis 2005	100,00	95,26	96,09	97,63	99,53	105,35
Krankenhausfälle ohne Zuzahlung*	5,80	5,89	6,27	6,61	6,62	6,44
Index auf Basis 2005	100,00	101,45	108,03	113,85	114,03	110,95

* In den Angaben sind auch die Krankenhausbehandlungsfälle von Kindern vor Vollendung des 18. Lebensjahres sowie teilstationäre Fälle enthalten. Zuzahlungen sind in diesen Fällen nicht zu entrichten.
(Quelle: KG 2, eigene Berechnungen)

Von 2005 (15,09 Mio.) zu 2006 fielen die Krankenhausfälle insgesamt auf 14,74 Mio. ab. In den Folgejahren stiegen die Fälle jedoch beständig wieder an. In 2010 wurde mit 16,23 Mio. Fällen der Höchstwert in dem vorliegenden Betrachtungszeitraum erreicht.

In der Entwicklung der mit Zuzahlungen belegten Krankenhausfälle ist – wie bei den Krankenhausfällen insgesamt – zunächst ein Rückgang um 0,44 Mio. Fälle zu erkennen. Ab dem Jahr 2007 war ein kontinuierlicher Anstieg bis auf eine Summe von 9,79 Mio. Krankenhausfälle (2010) zu verzeichnen. Die nicht mit Zuzahlungen belegten Krankenhausfälle nahmen hingegen in den Jahren von 2005 (5,80 Mio.) bis 2009 (6,62 Mio.) stetig zu. In 2010 waren die Fälle mit 6,44 Mio. im Vergleich zum Jahr 2009 leicht rückläufig. Insgesamt gesehen, überstieg im vorliegenden Zeitraum die Anzahl der mit Zuzahlungen belegten Fälle die Fallzahl von Krankenhausfällen ohne Zuzahlung.

Die Zuzahlungen zur Krankenhausbehandlung wiesen im gleichen Zeitraum, wie in Abschnitt B.1.2.5. bereits dargestellt, einen eher schwankenden Verlauf auf (vgl. Tabelle 37), so dass Rückschlüsse auf die mit Zuzahlungen belegten Krankenhausfälle nicht getroffen werden können.

Betrachtet man die Entwicklung der Krankenhausfälle Gesamt sowie mit und ohne Zuzahlung für die Jahre von 2006 bis 2010 auf der Basis des Jahres 2005 ist festzustellen, dass die Krankenhausfälle insgesamt von 2006 bis 2010 um 9,86 Prozent stiegen und im Jahr 2010 um 7,50 Prozent über dem Wert von 2005 lagen. Die Krankenhausfälle mit Zuzahlung lagen in den Jahren von 2006 bis 2009 unter den Fallzahlen von 2005. Erstmalig in 2010 wurde die Fallzahl des Basisjahres um 5,35 Prozent überschritten. Im Gegensatz dazu stieg die Anzahl der Krankenhausfälle ohne Zuzahlung von 2006 bis 2009 im Vergleich zu 2005 kontinuierlich um 14,03 Prozent. In 2010 war ein leichter Abfall zu verzeichnen. Die Fallzahl lag – mit 10,95 Prozent – allerdings weiterhin über dem Wert von 2005.

Tabelle 37

Zuzahlung Krankenhausbehandlung

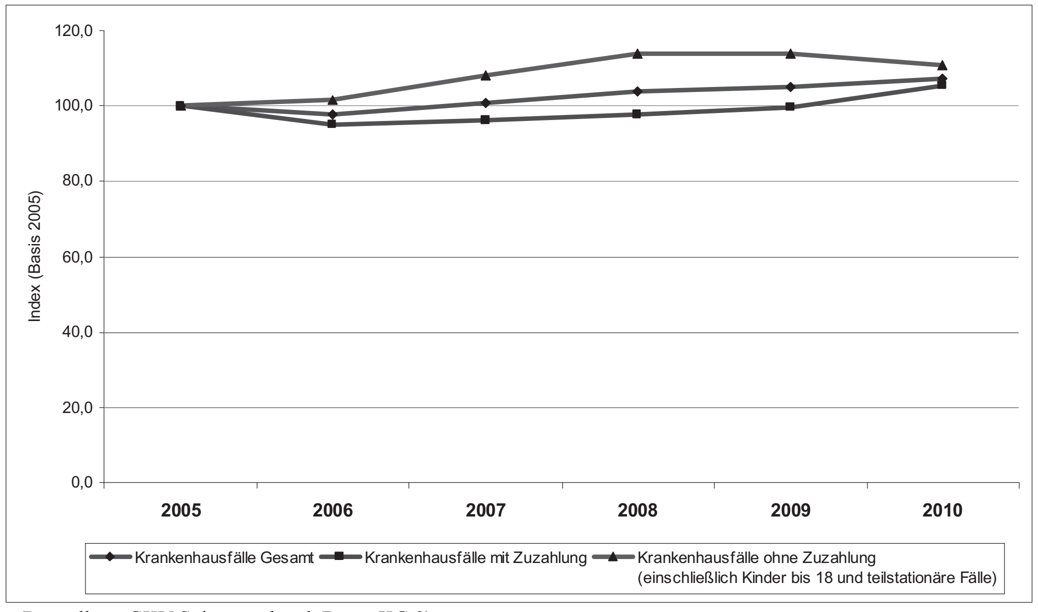
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Zuzahlung Krankenhausbehandlung (KV 45) in Mio. Euro	654,34	735,78	618,64	582,63	596,04	680,81
Index auf Basis 2005	100,00	112,45	94,54	89,04	91,09	104,05

(Quelle: KV 45, eigene Berechnungen)

Abbildung 25



Entwicklung der Krankenhausfälle 2006 bis 2010 auf Basis 2005



(Quelle: eigene Darstellung GKV-Spitzenverband, Daten KG 2)

Die Entwicklung der in Anspruch genommenen Krankenhaustage Gesamt, mit und ohne Zuzahlung sowie die Entwicklung der Jahre 2006 bis 2010 auf der Basis von 2005 sind der Tabelle 38 zu entnehmen. In den Krankenhaustagen Gesamt sowie ohne Zuzahlung sind – ebenso wie bei den Krankenhausfällen – die Fälle der teilstationären Behandlung und die Fälle für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres enthalten. Dementsprechend ist bei den Krankenhaustagen ohne Zuzahlung nicht davon auszugehen, dass diese Werte nur auf Krankenhausinanspruchnahmen durch von den Zuzahlungen nach § 62 SGB V befreite Versicherte zurückzuführen sind. Unberücksichtigt gelassen wurden die Leistungstage der Krankenhausbehandlung bei integrierter Versorgung, die in 2009 und 2010 durchschnittlich einen Anteil von unter 0,02 Prozent an der Gesamtmenge ausmachten und die amtliche Statistik zudem keine getrennte Ausweisung nach Fällen mit und ohne Zuzahlung vorgenommen hat.

Tabelle 38

Krankenhaustage Gesamt, mit und ohne Zuzahlung sowie je Fall

Angaben in Mio.	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Krankenhaustage Gesamt*	152,71	146,67	149,90	151,58	150,14	151,17
Index auf Basis 2005	100,00	96,05	98,16	99,26	98,32	98,99
Krankenhaustage mit Zuzahlung	79,81	73,35	71,60	70,54	70,93	72,62
Index auf Basis 2005	100,00	91,90	89,71	88,38	88,87	90,98
Krankenhaustage ohne Zuzahlung*	72,90	73,32	78,30	81,05	79,21	78,55
Index auf Basis 2005	100,00	100,58	107,42	111,18	108,66	107,76
Krankenhaustage je Fall	8,59	8,29	8,02	7,78	7,67	7,42
Index auf Basis 2005	100,00	96,48	93,36	90,52	89,28	86,36

* In den Angaben sind auch die Krankenhausbehandlungstage von Kindern vor Vollendung des 18. Lebensjahres sowie teilstationäre Krankenhaustage enthalten. Zuzahlungen zu diesen Fällen sind nicht zu entrichten.

(Quelle: KG 2, eigene Berechnungen)

Die Krankenhaustage Gesamt unterlagen in den Jahren von 2005 bis 2010 leichten Schwankungen, blieben jedoch auf einem relativ konstantem Niveau. Im Durchschnitt fielen 150,36 Mio. Krankenhaustage im Jahr an.

Bezogen auf den Gesamtzeitraum entwickelten sich die mit Zuzahlungen belegten Krankenhaustage rückläufig. Die Anzahl der Tage fiel von 2005 (79,81 Mio.) bis 2008 auf 70,54 Mio. ab. 2009 und 2010 stiegen die mit Zuzahlungen belegten Krankenhaustage wieder leicht auf 72,62 Mio. an. Von 2005 bis 2010 waren durchschnittlich 73,14 Mio. Krankenhaustage mit Zuzahlungen belegt. Im Gegensatz dazu stiegen die nicht mit Zuzahlungen belegten Krankenhaustage von 2005 (72,90 Mio.) bis 2008 (81,05 Mio.) kontinuierlich an. 2009 und 2010 waren – im Gegensatz zu den mit Zuzahlungen belegten Krankenhaustagen – leichte Rückgänge zu verzeichnen. Im Jahr 2010 wiesen die nicht mit Zuzahlungen belegten Krankenhaustage dementsprechend eine Summe von 78,55 Mio. Tagen auf. Im Durchschnitt waren von 2005 bis 2010 77,22 Mio. Krankenhaustage im Jahr nicht mit Zuzahlungen belegt. Insgesamt betrachtet, überstiegen seit 2007 die Krankenhaustage ohne Zuzahlung die Krankenhaustage mit Zuzahlung, wobei dies auch darauf zurückzuführen sein könnte, dass in den nicht mit Zuzahlungen belegten Krankenhaustagen die Tage der teilstationären Behandlung sowie die Tage für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres enthalten sind.

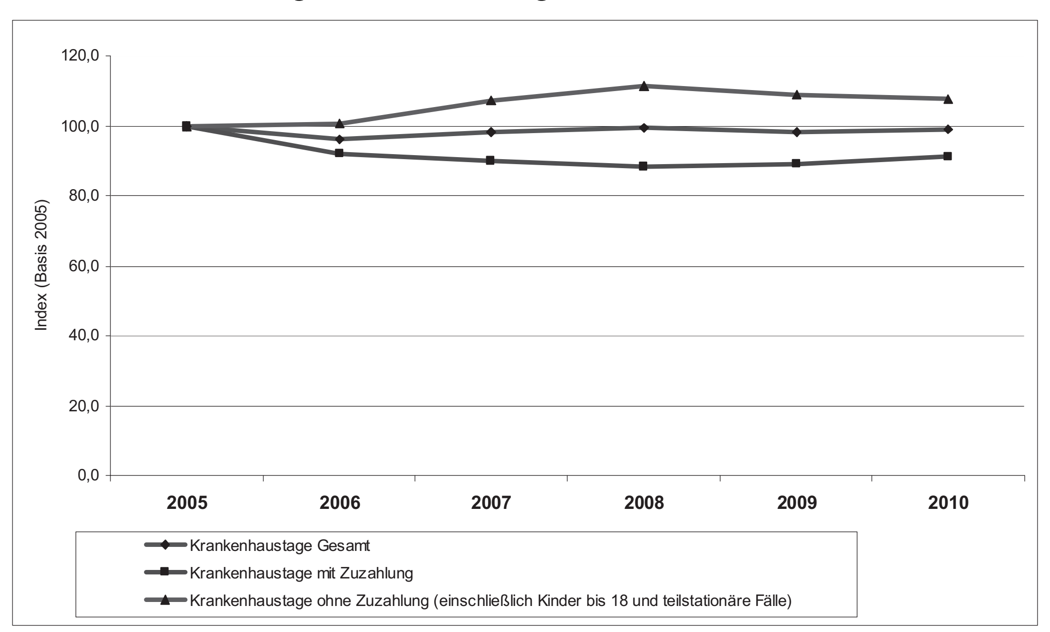
Die Entwicklung der Krankenhausfälle und -tage wirkt sich unmittelbar auf die durchschnittliche Krankenhausaufenthaltsdauer, die 2005 bei 8,59 und 2010 bei 7,42 Tagen je Fall lag, aus.

Die Krankenhaustage Gesamt entwickelten sich von 2006 bis 2010 in Bezug auf das Jahr 2005 zwar leicht schwankend, blieben aber annähernd auf dem Niveau des Jahres 2005 (152,71 Mio.). Während sich die mit Zuzahlungen belegten Krankenhaustage von 2006 bis 2010 gegenüber dem Jahr 2005 (79,81 Mio.) rückläufig entwickelten und im Jahr 2010 mit 72,62 Mio. um 9,02 Prozent hinter dem Wert von 2005 zurückblieben, stiegen die Krankenhaustage ohne Zuzahlung stetig an. 2010 lagen die nicht mit Zuzahlungen belegten Krankenhaustage (78,55 Mio.) um 7,76 Prozent über dem Wert von 2005 (72,90 Mio.).

Abbildung 26



Entwicklung der Krankenhaustage 2006 bis 2010 auf Basis 2005



(Quelle: eigene Darstellung GKV-Spitzenverband, Daten KG 2)

3.2 Inanspruchnahme von nicht mit Zuzahlungen belegten Leistungen

3.2.1 Entwicklung der Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen

3.2.1.1 Rechtliche Grundlagen

Gemäß § 25 Absatz 1 SGB V haben Versicherte, die das 35. Lebensjahr vollendet haben, jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit. Zudem haben Versicherte höchstens einmal jährlich Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Frauen frühestens vom Beginn des 20. Lebensjahres an, Männer frühestens vom Beginn des 45. Lebensjahres an (§ 25 Absatz 2 SGB V).

Maßnahmen nach § 26 SGB V umfassen Früherkennungsuntersuchungen für Kinder. Hiernach haben versicherte Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen sowie nach Vollendung des 10. Lebensjahres auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung. Die Leistungen werden bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden.

Näheres hierzu regelt die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL) sowie die Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“).

3.2.1.2 Auswertung

Tabelle 39 bietet für die Zeit von 2005 bis 2010 einen Überblick über die in Anspruch genommenen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, gegliedert nach den entsprechenden Anspruchsvorschriften, sowie über die Entwicklung der benannten Bereiche in den Jahren von 2006 bis 2010 bezogen auf das Ausgangsjahr 2005.

Tabelle 39

Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25 Absatz 1 und 2 SGB V sowie nach § 26 SGB V

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Fälle Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25 Abs. 1 SGB V in Mio.	8,30	8,63	9,02	9,57	11,95	18,66
Index auf Basis 2005	100,00	104,00	108,65	115,31	143,90	224,76
Fälle Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25 Abs. 2 SGB V in Mio.	30,47	32,61	33,93	40,57	44,54	44,43
Index auf Basis 2005	100,00	107,01	111,34	133,15	146,18	145,79
Fälle Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 26 SGB V (einschließlich zahnärztlicher Behandlung) in Mio.	5,65	6,17	5,51	5,71	5,93	6,35
Index auf Basis 2005	100,00	109,27	97,47	101,02	104,91	112,45
Gesamt	44,42	47,42	48,45	55,85	62,42	69,44

(Quelle: KG 3)

Die Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sowohl nach § 25 Absatz 1 als auch nach Absatz 2 SGB V sind in den Jahren von 2005 bis 2010 beständig angestiegen.

Im Jahr 2005 fielen im Zusammenhang mit Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1 SGB V 8,30 Mio. Fälle an. Bis zum Jahr 2010 stiegen die Fälle um 124,79 Prozent auf 18,66 Mio. an, wobei gerade von 2009 zu 2010 eine starke Erhöhung in der Fallzahl zu erkennen ist.

Durchschnittlich wurden in den Jahren von 2005 bis 2010 11,02 Mio. Maßnahmen zur Früherkennung in Anspruch genommen.

Im Hinblick auf die starke Erhöhung von 2009 zu 2010 ist darauf hinzuweisen, dass seit dem 1. Oktober 2009 die Laboruntersuchungen Glucose, Cholesterin und die Untersuchungen aus der Gebührenordnungsposition (GOP) 01732 (Gesundheitsuntersuchung) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs ausgegliedert und in die Gebührenordnungspositionen 32880 – 32882 überführt wurden, die nur im Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung abgerechnet werden können. Da zusätzlich zum Fall der GOP 01732 auch ein Laborfall durch eine Abrechnung der GOPs 32880 – 32882 ausgewiesen wird, führt die Abrechnung der Laboruntersuchungen zu einem weiteren Fall in der KA 523. Damit erhöht sich die Fallzahl für die Schlüsselposition 04000 (Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten § 25 Absatz 1 SGB V) der KG 3 im Zeitvergleich seit dem 4. Quartal 2009.

Die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen nach § 25 Absatz 2 SGB V nahm einen ähnlichen Verlauf. Während in 2005 in 30,47 Mio. Fällen Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung erbracht wurden, waren in 2010 44,43 Mio. Fälle zu verzeichnen. Dies ist ein Anstieg um 45,79 Prozent. Im Durchschnitt wurden in den Jahren von 2005 bis 2010 in 37,76 Mio. Fällen pro Jahr Krebsfrüherkennungsmaßnahmen nach § 25 Absatz 2 SGB V erbracht.

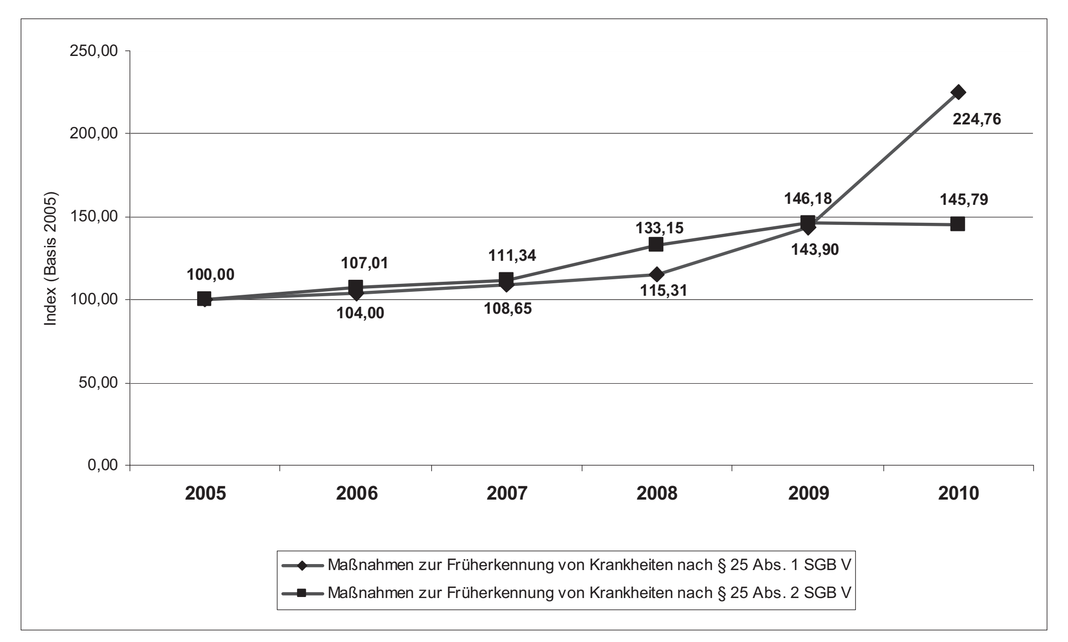
Das Inanspruchnahmeverhalten in Bezug auf Maßnahmen zur Früherkennung nach § 25 Absatz 1 und 2 SGB V kann nicht ohne Weiteres miteinander verglichen werden, da den Maßnahmen unterschiedliche Anspruchsvoraussetzungen, wie beispielsweise das Alter, zu Grunde liegen. Inwieweit die erhöhten Inanspruchnahmen auch auf Bonusleistungen der Krankenkassen nach § 65a Absatz 1 SGB V zurückzuführen sind (vgl. Abschnitt B.2.3.4.), ist anhand der amtlichen Statistiken nicht überprüfbar.

Die Fälle von Maßnahmen zur Früherkennung bei Kindern nach § 26 SGB V (Kinderuntersuchungen) stiegen von 2005 (5,65 Mio.) zu 2006 (6,17 Mio.). Im Jahr 2007 war ein Rückgang der Kinderuntersuchungen um 0,66 Mio. auf 5,51 Mio. zu verzeichnen. Ab 2008 stiegen die Inanspruchnahmen der Früherkennungsuntersuchungen stetig an. Mit einem Wert von 6,35 Mio. wurden 2010 0,70 Mio. mehr Früherkennungen in Anspruch genommen als im Jahr 2005. Der Durchschnitt in den Jahren von 2005 bis 2010 lag bei 5,89 Mio. Fällen pro Jahr.

Die Entwicklung der Inanspruchnahmen von Maßnahmen zur Früherkennung nach § 25 Absatz 1 und 2 SGB V sowie von Maßnahmen nach § 26 SGB V für die Zeit von 2006 bis 2010 zum Basisjahr 2005 wird anhand der Abbildungen 27 und 28 noch einmal verdeutlicht.

Abbildung 27

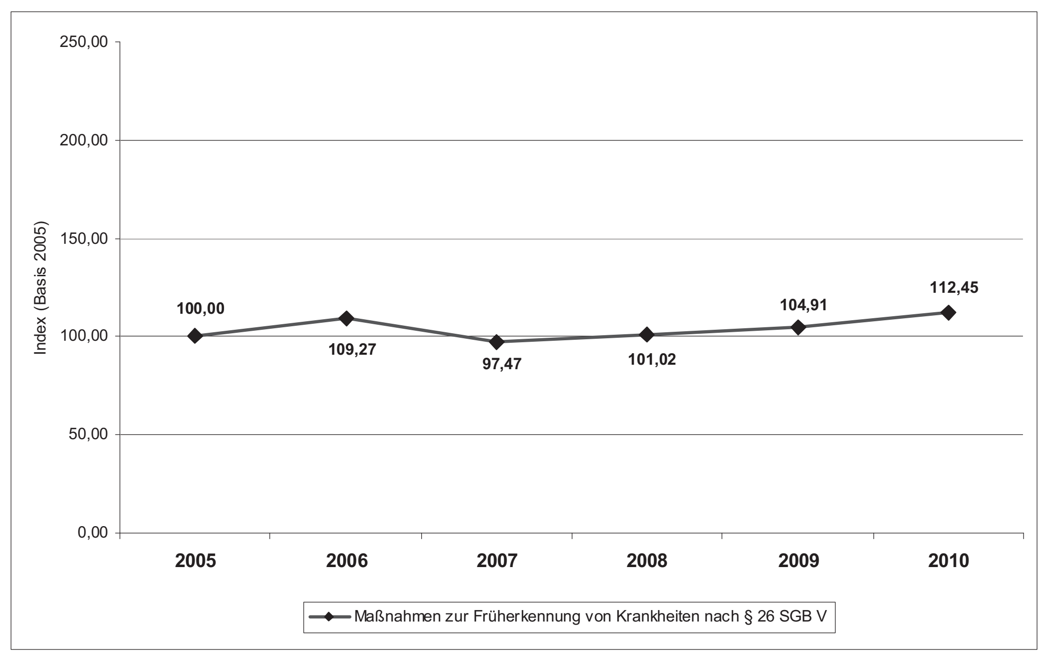
Entwicklung der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25 Absatz 1 und 2 SGB V 2006 bis 2010 auf Basis 2005



(Quelle: eigene Darstellung GKV-Spitzenverband, Daten KG 3)

Abbildung 28

Entwicklung der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 26 SGB V 2006 bis 2010 auf Basis 2005



(Quelle: eigene Darstellung GKV-Spitzenverband, Daten KG 3)

C. Analyse auf Basis der Daten einzelner Kassenarten

1. Grundlage

Wie unter Hintergrund dargestellt, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in ihrem Bericht vom 29. Januar 2008 einige Datenanalysen zu den Themenbereichen

- Anzahl der Zuzahlungsbefreiten,
- Einkommen der Zuzahlungsbefreiten nach § 62 SGB V,
- Inanspruchnahmeverhalten der Zuzahlungsbefreiten sowie
- Höhe von Bonuszahlungen

im Jahr 2006 vorgenommen. In diese Analysen sind Daten des AOK-Bundesverbandes, des seinerzeitigen Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen (heute: Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, LSV-SpV) der Knappschaft, der See-Krankenkasse (zwischenzeitlich fusioniert mit der Knappschaft) und zum Teil des BKK Bundesverbandes eingeflossen. Diese Analyse wird nachfolgend für die Jahre 2007 bis 2009 fortgeschrieben. Der GKV-Spitzenverband konnte für diese Fortschreibung allerdings nur auf Datenlieferungen von Seiten der Knappschaft und des LSV-SpV zurückgreifen. Von daher ist bei der Verlaufsbetrachtung zu beachten, dass die Datenbasis jeweils für das Jahr 2006 und für die Jahre 2007 bis 2009 nicht identisch ist.

Bei der Datenanalyse der Spitzenverbände der Krankenkassen wurde in Bezug auf die Darstellung der Inanspruchnahme bestimmter Leistungen zwischen Versicherten, die nach § 62 SGB V von der Zuzahlungspflicht befreit waren, und Versicherten unterschieden, für die aufgrund der bis zum 31. März 2007 geltenden Regelungen des § 65a SGB V Zuzahlungsermäßigungen ausgesprochen werden konnten. Wie in Abschnitt B.2.3.3.1. ausgeführt, bestand nach § 65a Absatz 2 SGB V a. F. für Krankenkassen die Möglichkeit, für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, an einem strukturierten Behandlungsprogramm bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V oder an einer integrierten Versorgung nach § 140a SGB V teilnehmen, in ihrer Satzung für die Dauer der Teilnahme Zuzahlungen nach dem SGB V zu ermäßigen. Diese Regelungen wurden im Zuge des GKV-WSG zum 1. April 2007 in die Regelungen über Wahltarife nach § 53 Absatz 3 SGB V überführt. Nunmehr hat die Krankenkasse gemäß § 53 Absatz 3 SGB V in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach §§ 63, 73b, 73c, 137f oder 140a SGB V teilnehmen, Wahltarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen.

Nach § 65a Absatz 1und 2 SGB V in der seit 1. April 2007 geltenden Fassung können Krankenkassen in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25 und § 26 SGB V oder qualitätsgesicherte Leistungen der Krankenkasse zur primären Prävention in Anspruch nehmen, Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 SGB V genannten abgesenkten Belastungsgrenze hinaus zu gewähren ist (§ 65a Absatz 1 SGB V). Ebenfalls können Krankenkassen in ihrer Satzung auch vorsehen, dass bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten (§ 65a Absatz 2 SGB V).

Aufgrund dieser Rechtsänderungen ist bei der Fortschreibung der Datenanalyse zur Inanspruchnahme bestimmter Leistungen eine Fortschreibung der differenzierten Betrachtung der Personenkreise nach § 62 SGB V einerseits und nach § 65a SGB V andererseits nicht zielführend. In die Analyse wurden deshalb nur Zuzahlungsbefreite nach § 62 SGB V einbezogen.

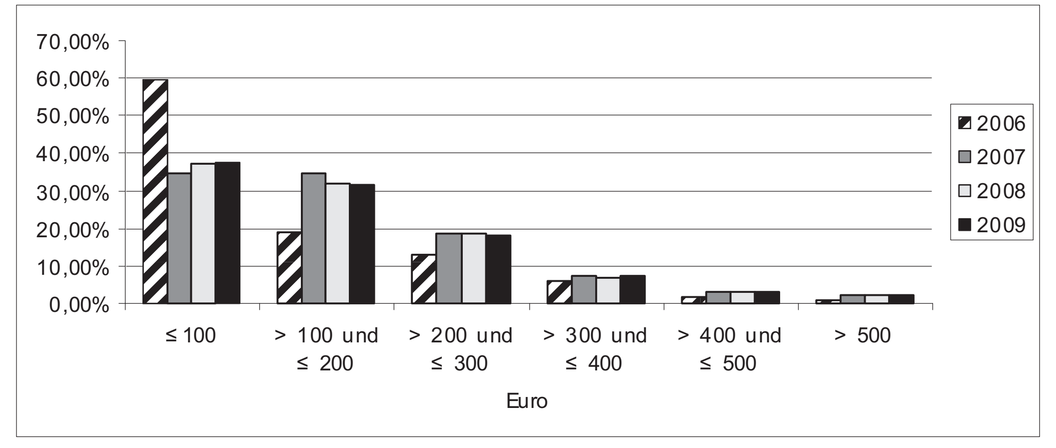
2. Einkommen der Zuzahlungsbefreiten nach § 62 SGB V

Den Krankenkassen stehen Einkommensdaten der Versicherten nur zur Verfügung, soweit diese zum Beispiel im Rahmen einer freiwilligen Versicherung bereits gesichert vorliegen. Von daher ist eine vollständige und verlässliche Darstellung der Einkommenssituation der GKV-Versicherten insgesamt und differenziert nach speziellen Personenkreisen nicht möglich. Für die nach § 62 SGB V Zuzahlungsbefreiten ist allerdings anhand der Höhe und Verteilung der Belastungsgrenzen die Einkommenssituation darstellbar, wobei die Versicherten eines Familienverbundes nur einmal gezählt werden. Die nachfolgenden Abbildungen 29 und 30 geben die danach ermittelten prozentualen Einkommensverteilungen wieder. Für die Auswertung war maßgeblich, dass mindestens an einem Tag in dem jeweiligen Kalenderjahr eine Zuzahlungsbefreiung vorlag. Der Zeitpunkt der Befreiung und ihre Dauer blieben unberücksichtigt.

Um eine Vergleichbarkeit der Darstellungen zu erreichen, wurde die Staffelung der Belastungsgrenzen für die Versicherten mit einer Belastungsgrenze von 2 v. H. doppelt so hoch wie die der Versicherten mit einer Belastungsgrenze von 1 v. H. gewählt. Eine Belastungsgrenze von 100 Euro ergibt beispielweise ein nach Abzug der gesetzlichen Freibeträge anrechenbares Bruttoeinkommen in Höhe von 5 000 Euro (Merkmal 2 v. H.) bzw. 10 000 Euro (Merkmal 1 v. H.).

Abbildung 29

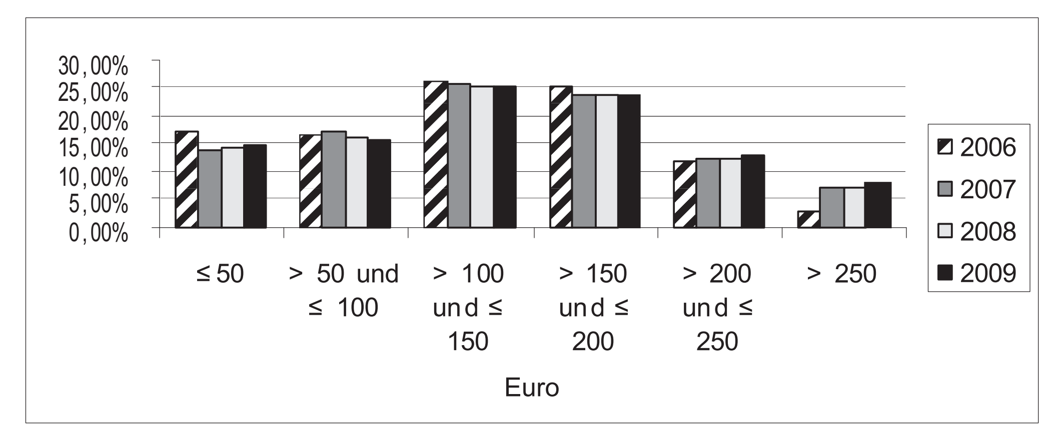

Prozentuale Verteilung der nach § 62 SGB V befreiten Familienverbünde mit Merkmal 2 v. H. von 2006 bis 2009 gruppiert nach Höhe der Belastungsgrenze in Euro



(Quelle: 2006 Daten des AOK-BV, des [jetzt] LSV-SpV, der See-Krankenkasse und der Knappschaft; 2007 – 2009 Daten des LSV-SpV und der Knappschaft)

Abbildung 30

Prozentuale Verteilung der nach § 62 SGB V befreiten Familienverbünde mit Merkmal 1 v. H. von 2006 bis 2009 gruppiert nach der Höhe der Belastungsgrenze in Euro



(Quelle: 2006 Daten des AOK-BV, des [jetzt] LSV-SpV, der See-Krankenkasse und der Knappschaft; 2007 bis 2009 Daten des LSV-SpV und der Knappschaft)

3. Inanspruchnahme von Leistungen

Nachfolgend wird dargestellt, in welchem Umfang Versicherte, die von der Zuzahlungspflicht befreit sind, ärztliche Behandlung, Arzneimittel und Krankenhausbehandlungen in Anspruch genommen haben. Es handelt sich um eine rein deskriptive Darstellung von Durchschnittswerten. Eine Beurteilung, ob die Zuzahlungsbefreiung das Inanspruchnahmeverhalten einzelner Versicherter bzw. von Versichertengruppen beeinflusst hat, lassen diese Daten nicht zu.

Für die Auswertung war maßgeblich, dass mindestens an einem Tag in dem jeweiligen Kalenderjahr eine Zuzahlungsbefreiung vorlag. Der Zeitpunkt der Befreiung und ihre Dauer blieben unberücksichtigt. Auch eine Differenzierung nach Befreiten mit Zuzahlungsverpflichtungen in Höhe von 1 oder 2 v. H. erfolgte nicht.

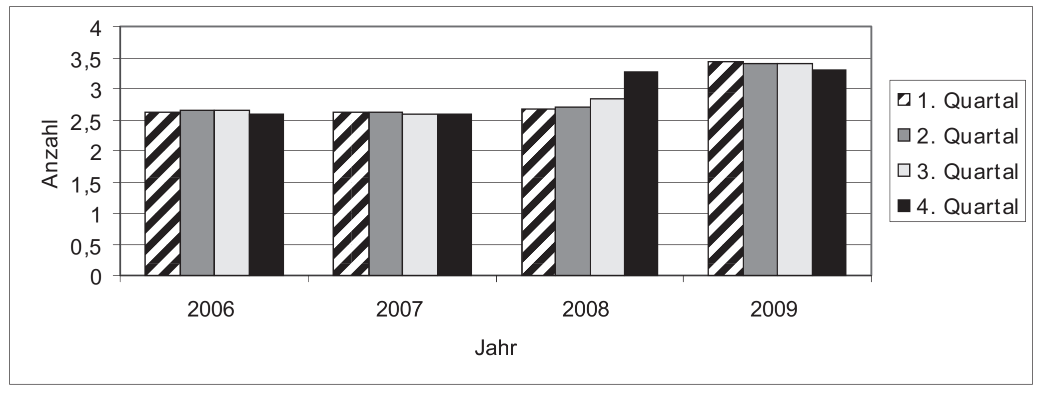
3.1 Ärztliche Behandlung

Die nachfolgende Abbildung 31 weist die durchschnittliche Anzahl der von Zuzahlungsbefreiten in Anspruch genommenen Ärzte, ermittelt anhand der unterschiedlichen Arztnummern, jeweils quartalsbezogen aus.

Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass die ab dem 3. Quartal 2008 ausgewiesene erhöhte Inanspruchnahme zu einem wesentlichen Teil auf einen statistischen Effekt zurückzuführen sein dürfte, da die ab diesem Zeitpunkt eingeführte Lebenslange Arztnummer (LANR) eine differenziertere Zuordnung von Arztkontakten ermöglicht.

Abbildung 31

Anzahl der aufgesuchten Ärzte



(Quelle:2006 Daten des AOK-BV, des [jetzt] LSV-SpV und der Knappschaft; 2007 bis 2009 Daten des LSV-SpV und der Knappschaft)

3.2 Arzneimittelversorgung

Abbildung 32 weist die Anzahl der für Zuzahlungsbefreite nach § 62 SGB V verordneten Arzneimittel jeweils im 4. Quartal der Jahre 2006 bis 2009 aus. Zur Datenermittlung wurde die durchschnittliche Anzahl der verordneten Pharmazentralnummern (PZN) ohne Berücksichtigung der Verordnungsmengen herangezogen. Maßgeblich für die Zuordnung zum 4. Quartal war jeweils der Tag der Verordnung.

3.3 Krankenhausbehandlung

In Abbildung 33 wird die durchschnittliche Anzahl der von Zuzahlungsbefreiten in Anspruch genommenen voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlungen ohne Entbindungen quartalsbezogen dargestellt. Maßgeblich für die Zuordnung zu einem Quartal war der Tag der Krankenhausaufnahme.

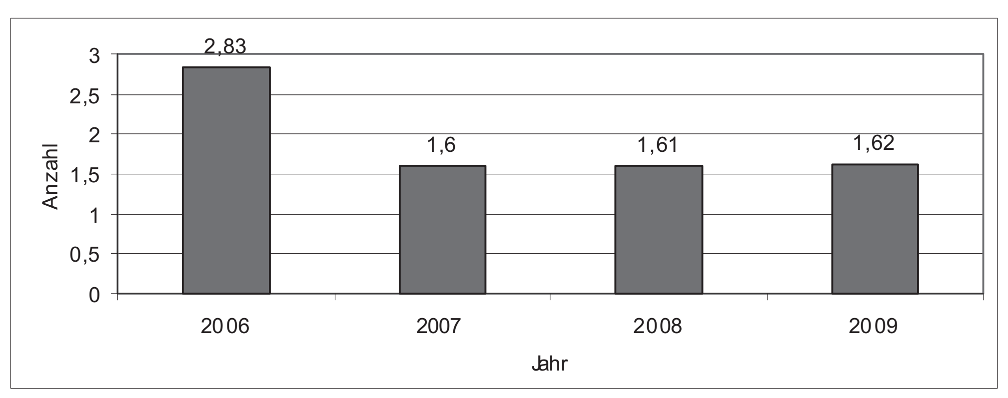
3.4 Bewertung

Die Entwicklung der steigenden Inanspruchnahme von Krankenhausaufenthalten und Arzneimitteln (bei Betrachtung nur der Werte des LSV-SpV und der Knappschaft) sowie der häufigeren Arztkontakte folgt bei den von der Zuzahlungspflicht befreiten Versicherten dem allgemeinen Trend der GKV-Versicherten (vgl. Abschnitt B). Es gibt keine Hinweise auf ein spezifisches Verhalten dieser Versichertengruppe.

Abbildung 32



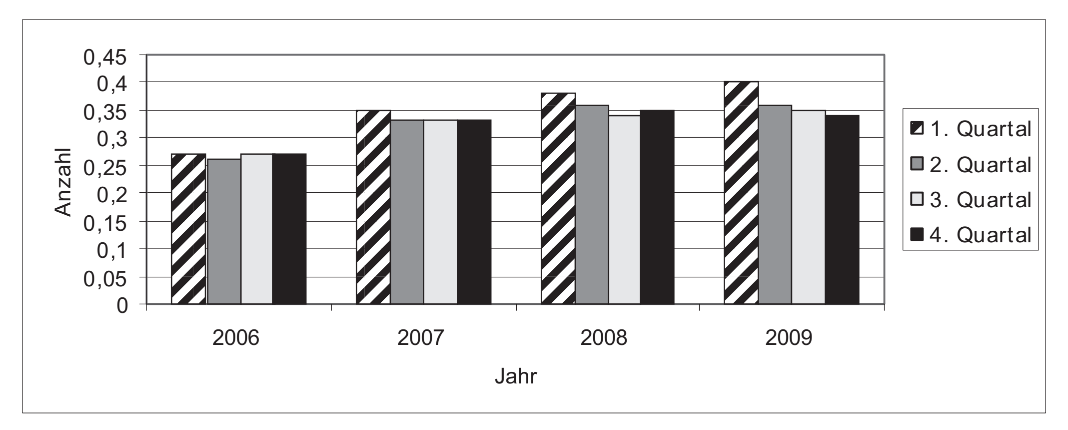
Anzahl verordneter Arzneimittel jeweils im 4. Quartal



(Quelle: 2006 Daten des AOK-BV, des BKK-BV [Fälle ohne Zuzahlungen], des [jetzt] LSV-SpV und der Knappschaft; 2007 bis 2009 Daten des LSV-SpV und der Knappschaft)

Abbildung 33

Anzahl der Krankenhausaufenthalte



(Quelle: 2006 Daten des AOK-BV, des BKK-BV [Fälle ohne Zuzahlungen], des [jetzt] LSV-SpV und der Knappschaft; 2007 bis 2009 Daten des LSV-SpV und der Knappschaft)

D. Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Frage der Steuerungswirkungen von Zuzahlungen in der GKV

1. Darlegung von Methodik und zentralen Aussagen der vorhandenen Studien

Zu den Steuerungswirkungen der in der GKV geltenden Zuzahlungsregelungen konnten durch Expertenbefragungen und Durchsicht gesundheitspolitischer und gesundheitsökonomischer Zeitschriften sechs empirische Studien ermittelt werden. Zwei Studien widmen sich den Steuerungswirkungen der Selbstbeteiligungsregelungen bei Arzneimitteln einschließlich der Befreiungsregeln, die übrigen haben die Steuerungswirkungen der am 1. Januar 2004 eingeführten Praxisgebühr zum Gegenstand. Im Folgenden werden diese Studien kurz im Hinblick auf Fragestellung, Methodik und Hauptergebnisse vorgestellt.

1. Langer, Bernhardt: Steuerungsmöglichkeiten des Arzneimittelmarktes. Selbstbeteiligungen unter besonderer Berücksichtigung von Härtefallregelungen, Berlin 2005 (Logos Verlag).

Die Studie wurde am Institut für empirische Sozialökonomie an der Universität Augsburg im Rahmen eines vom Bayerischen Forschungsverbund Public Health geförderten Projektes durchgeführt. Sie möchte klären, ob von den in der GKV geltenden Zuzahlungsregelungen für Arzneimittel die diesen in der Literatur zugeschriebenen „Steuerungswirkungen im Sinne einer mengenreduzierenden und/oder kostengünstigeren Arzneimittelinanspruchnahme“ ausgehen und inwieweit eventuelle Steuerungswirkungen durch die Befreiungsregelungen wieder vermindert werden (Seite 5). Sie basiert auf Daten der AOK Bayern, Direktion Augsburg (Stamm- und Leistungsdaten der Versicherten) und der Verrechnungsstelle süddeutscher Apotheken (Arzneimittelverordnungen) aus dem Jahr 1999, die versichertenbezogen, aber anonymisiert miteinander verknüpft wurden. Für die Untersuchung wurden 1,4 Millionen Rezepte mit 2,5 Millionen verordneten Arzneimitteln ausgewertet. Die ermittelten Ergebnisse wurden auf die GKV insgesamt hochgerechnet.

Ergebnisse:

Anteil der mit prozentualen Zuzahlungen belegten Verordnungen: Die Anreizwirkungen im Sinne einer sparsamen Inanspruchnahme bestehen hauptsächlich bei prozentualer Selbstbeteiligung. Fixe Zuzahlungen entfalten entgegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot möglicherweise sogar Anreize zugunsten größerer Arzneimittelpackungen. Die möglichen Steuerungswirkungen der Zuzahlungsregelungen im Hinblick auf eine sparsame Inanspruchnahme sieht der Verfasser durch die Ausgestaltung der Selbstbeteiligung in der GKV eingeschränkt: Nur für Arzneimittel zwischen 50 und 100 Euro (Proportionalzone) beträgt die Zuzahlung 10 Prozent; für Arzneimittel zwischen 5 und 50 Euro beträgt die Zuzahlung 5 Euro, für Arzneimittel mit einem Preis ab 100 Euro 10 Euro jeweils als fixe Gebühr. Aus den herangezogenen Abrechnungsdaten ermittelt der Autor, dass im Beobachtungszeitraum nur 13 Prozent Arzneiverordnungen in diesen „Steuerungskorridor“ mit prozentualen Zuzahlungen fallen, für 82 Prozent gilt die feste Zuzahlung von 5 Euro und für 5 Prozent die feste Zuzahlung von 10 Euro. Wenn die Zuzahlung für mehrere Packungsgrößen bis zum Wert von 50 Euro gleich ist, haben Versicherte sogar einen Anreiz, die größere Packung zu wählen (Seite 318).

Merkmale des Gesundheitszustandes der zuzahlungsbefreiten Härtefälle: Die Gruppe der bis 31. Dezember 2003 aufgrund ihres niedrigen Einkommens vollständig von Zuzahlungen befreiten Versicherten („Härtefälle“ nach § 61 SGB V a. F.) weist gegenüber anderen Versicherten (Nicht-Härtefällen) einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand auf (Seite 200). Eine Belastung dieser Versicherten mit Zuzahlungen über niedrige Schwellenwerte (1 bzw. 2 v. H. des Einkommens) ist bereits aus ethischen Gründen nicht vertretbar.

Einschränkung der Steuerungswirkungen durch Befreiungsregelungen: Die aufgrund von Befreiungs- und Härtefallregelungen entgangenen Zuzahlungen waren hochgerechnet auf die gesamte GKV 2001 mit 1,61 Mrd. Euro beinahe ebenso hoch wie die tatsächlich entrichteten Zuzahlungen (1,84 Mrd. Euro). Somit werden die Steuerungswirkungen zum größten Teil durch die ethisch und versorgungspolitisch gebotenen Befreiungen wieder neutralisiert (Seite 280).

Konzentration der Arzneimittelnachfrage: Die Arzneimittelnachfrage konzentriert sich schließlich auf eine kleine Gruppe meist chronisch kranker Versicherter. Innerhalb der GKV entfallen auf die 20 Prozent der Versicherten mit der höchsten Inanspruchnahme 76 Prozent der Arzneimittelausgaben. Diese „Hochverbraucher“ haben schon aus gesundheitlichen Gründen keine Möglichkeit, ihre Nachfrage in Reaktion auf Selbstbeteiligungsregelungen zu reduzieren, so dass Zuzahlungsregelungen bei dieser Gruppe nicht auf die Mengenkomponente der Arzneimittelnachfrage wirken können (Seite 333).

Im Ergebnis spricht der Verfasser den in der GKV geltenden Zuzahlungsregelungen aus empirischen und konzeptionellen Gründen nur sehr geringe Steuerungswirkungen zu. Allerdings wird die Aussagekraft der Studie für die Gegenwart dadurch eingeschränkt, dass sie sich auf die Zeit vor dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) bezieht.

2. Backes, Irmgard & Vincenti, Aurelio J.-F.: Selbstbeteiligung und Arzneimittelnachfrage: Zuzahlungsneuregelungen und ihre Folgen für die gesetzlichen Krankenkassen. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. 2007, Seite 413-434

Die Studie analysiert die Finanzierungs- und Steuerungswirkungen der seit dem 1. Januar 2004 im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) neu geregelten Arzneimittelzuzahlungen in der GKV. Die Studie basiert auf den Daten der GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi), die als Vollerhebung alle von den Krankenkassen finanzierten Arzneimittelverordnungen und Bruttoumsätze sowie die vom Versicherten beim Erhalt des Arzneimittels entrichteten Zuzahlungen enthält. Für die

Untersuchungen wurden die Arzneimittelumsätze und Zuzahlungen vom 4. Quartal 2002 bis zum 4. Quartal 2005 analysiert.

Ergebnisse:

Finanzierungseffekte: Die Diskussion um die Heraufsetzung der Arzneimittelzuzahlungen und Einschränkung von Befreiungsmöglichkeiten vor Verabschiedung des GMG 2003 führte bei den Versicherten zu einer Bevorratung mit Arzneimitteln (Ankündigungseffekt), so dass die Arzneimittelumsätze im 4. Quartal 2003 um fast 13 Prozent gegenüber dem Vorquartal anstiegen. Nach vollzogener Neuregelung der Zuzahlungen und Befreiungsregelungen zum 1. Januar 2004 gingen die Bruttoumsätze im 1. Quartal 2004 zunächst stark (um ca. ¼) zurück. Bezogen auf das Gesamtjahr 2004 lag der Arzneimittelumsatz der GKV infolge der Neuregelungen bei den Zuzahlungen und Befreiungsregelungen um knapp 7 Prozent niedriger als 2003. Die größte Entlastung mit 1,55 Mrd. Euro wurde 2004 durch den Ausschluss der nicht verordnungspflichtigen Arzneimittel (OTC[12]-Mittel) erzielt, während der Entlastungseffekt im Bereich der verschreibungspflichtigen Mittel mit 1,27 Mrd. demgegenüber geringer ausfiel. Allerdings war die Entlastung nicht von Dauer. Bereits 2005 überschritt der Arzneimittelumsatz denjenigen im Jahr vor der Neuregelung (2003) nach dem vorübergehenden Rückgang bereits wieder um über 1,2 Mrd. Euro. Somit wurde die 2004 zunächst insbesondere durch den Ausschluss der OTC-Arzneimittel erfolgte Entlastung bereits 2005 durch Umsatzsteigerungen im Markt der verschreibungspflichtigen Mittel überkompensiert.

Steuerungswirkungen: Die Ausgestaltung der Befreiungsregelungen führte dazu, dass die Arzneimittelnachfrage besonders am Beginn eines Kalenderjahrs – im ersten Quartal – zurückgeht, bevor die Versicherten die Belastungsgrenze von 1 bzw. 2 v. H. des Einkommens erreicht haben. Im weiteren Verlauf des Jahres, nachdem viele Versicherte die Belastungsgrenze überschritten haben, gingen von den Zuzahlungen keine die Arzneimittelnachfrage begrenzenden Einflüsse mehr aus. Im Gegenteil stieg gegen Jahresende die Arzneimittelnachfrage jeweils stark an, da viele Versicherte vor dem Jahreswechsel ihre Arzneimittelverordnungen noch zuzahlungsfrei in Anspruch nehmen möchten. Dieses Muster zeigte sich sowohl 2004 als auch 2005. Abschließend gingen die Verfasser der Frage nach, ob die Neuregelung der Arzneimittelzuzahlungen zu einer wirtschaftlicheren Verordnungsweise geführt hat. Die empirische Analyse zeigt, dass der von den Verfassern als Indikator der Wirtschaftlichkeit verwendete Wert je Verordnung trotz Zuzahlungs-Neuregelung im betrachteten Zeitraum angestiegen ist (+8,9 Prozent 2004 und +2,9 Prozent 2005). Den wichtigsten Grund dafür sehen die Verfasser in der Ausgestaltung der Zuzahlungen als feste Zuzahlungen in der Preisspanne bis 50 und ab 100 Euro und nur in der mittleren Preisspanne von 50 bis 100 Euro als prozentuale Zuzahlung. In der Spanne zwischen 5 und 50 Euro sowie in der Preisspanne ab 100 Euro bestehe kein Anreiz, ein teures durch ein preisgünstiges Medikament zu ersetzen. Der durchschnittliche Wert je Verordnung liegt in der GKV unter 50 Euro. Somit kann die Zuzahlungsregelung für das Gros der Verordnungen bereits von der grundsätzlichen Anlage her keine Steuerungswirkungen entfalten. Zusammenfassend stellen die Verfasser fest, „dass das Instrument der Patientenselbstbeteiligung durch Zuzahlungen gerade bei Arzneimitteln in der Regel nur eine eingeschränkte Finanzierungs- und Steuerungswirkung bezüglich der Ausgabenentwicklung der Krankenkassen entfaltet.“ (Seite 431).

3. Grabka, Markus M.; Schreyögg, Jonas & Busse, Reinhard: Die Einführung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte und die Kontaktfrequenz. (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung) DIW Discussion Paper Nr. 506, Berlin, Juli 2005.

Ziel der von Wissenschaftlern der Technischen Universität (TU) Berlin und des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) durchgeführten Studie war die empirische Ermittlung der Steuerungswirkungen der am 1. Januar 2004 eingeführten Praxisgebühr im Hinblick auf die Zahl der Arztkontakte und die Kontaktfrequenz. Die Studie basiert auf den Daten des sozio-ökonomischen Panels, einer regelmäßig längsschnittlich (einmal im Jahr) befragten repräsentativen Stichprobe von ca. 22 000 Personen. Im Fragenkatalog enthalten sind unter anderem die Fragen, *ob* der/die Studienteilnehmer/in in den letzten 3 Monaten einen niedergelassenen Arzt aufgesucht hat und wie häufig dies in den vergangenen 3 Monaten vorgekommen ist (Anzahl Besuche). Die Studie wurde auf ab 18jährige mit vollständigen Angaben eingegrenzt (n=20 821), da Personen unter 18 Jahren von der Praxisgebühr und allen übrigen Zuzahlungen – mit Ausnahme der Zuzahlungen zu Fahrkosten – ausgenommen sind.

Ergebnisse:

Der Anteil der Personen mit mindestens einem Arztbesuch in den vergangenen 3 Monaten sank geringfügig von 70 Prozent im langjährigen Mittel der Jahre 1995 bis 2003 auf 68,8 Prozent (-1,9 Prozent). Die Zahl der Arztkontakte in den letzten 3 Monaten ging von 2,73 im Jahr vor Einführung der Praxisgebühr (2003) auf 2,49 im Jahr 2004 zurück (-0,24 Besuche oder -8,8 Prozent). Die Autoren prüften, ob die Einführung der Praxisgebühr insbesondere bei Personen mit geringem Einkommen die Arztinanspruchnahme im letzten Quartal und Kontakthäufigkeit gesenkt hat. Die beobachtete Reduktion der Arztinanspruchnahme und Kontakthäufigkeit stand bei bivariater Betrachtung in keinem statistischen Zusammenhang mit dem Haushaltseinkommen (Quintile der Einkommensverteilung): Die Reduktionsrate der Kon-

[12] Die Abkürzung OTC kommt aus dem Englischen und bedeutet: over the counter = über den Tresen (der Apotheke). Damit sind Medikamente gemeint, die zwar apotheken-, aber nicht verschreibungspflichtig sind und somit auch ohne Rezept des Arztes von jedem Bürger in der Apotheke gekauft werden können (Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss, http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/17/).

takthäufigkeit war im mittleren Quintil der Einkommensverteilung am höchsten, während die Reduktionsraten bei „wohlhabenderen" und „ärmeren" Studienteilnehmern geringer ausfielen. Personen, deren Einkommensposition sich im Beobachtungszeitraum 2003 bis 2004 verschlechterte, behielten ihre Kontakthäufigkeit mit niedergelassenen Ärzten trotz Praxisgebühr im statistischen Mittel sogar bei.

Die Studie ging der Frage nach den möglichen Ursachen des Verzichts auf eine Arztinanspruchnahme bzw. der Reduktion der Kontaktfrequenz nach: Mit Hilfe eines Logit-Modells wurde geprüft, mit welchen Merkmalen der Verzicht auf eine Inanspruchnahme im Jahr 2004 bei Personen assoziiert war, die im Jahr 2003 noch einen Arzt aufgesucht hatten. Nach den Ergebnissen der Modellrechnung verzichteten Personen mit eingeschränkter Gesundheit, Schwerbehinderte und Pflegebedürftige seltener auf Arztbesuche als Personen mit (sehr) guter und zufrieden stellender selbstberichteter Gesundheit und Nicht-Pflegbedürftige im ersten Jahr der Geltung der Praxisgebühr. Das Einkommen war auch in der multivariaten Betrachtung nicht mit dem Verzicht auf einen Arztbesuch von 2003 auf 2004 assoziiert. Daher schlussfolgern die Verfasser, „dass im Jahr 2004 Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder geringem Einkommen einen notwendigen Arztbesuch nicht vermeiden" (Seite 8). Die Autoren fanden jedoch einen Zusammenhang des Verzichts auf die Arztinanspruchnahme mit anderen Merkmalen des sozialen Status. So nahmen Arbeitslose und Personen ohne Berufsabschluss signifikant seltener als der Durchschnitt 2004 einen Arzt in Anspruch.

Mit einem zweiten Logit-Modell wurde analysiert, welche Merkmale Personen aufweisen, die 2004 weniger häufig einen Arzt aufsuchten. Diese Modellrechnung bestätigte im Wesentlichen die Ergebnisse der ersten Modellrechnung. Die Praxisgebühr habe nicht dazu geführt, dass Versicherte mit eingeschränktem Gesundheitszustand und geringem Einkommen die Zahl ihrer Arztbesuche reduzierten. Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass die Praxisgebühr die Inanspruchnahme-Häufigkeit 2004 vor allem bei den Personen gesenkt hat, die 2003 besonders häufig einen Arzt aufgesucht hatten. Die Verfasser ziehen daraus den Schluss, dass die Einführung der Praxisgebühr dazu beigetragen hat, die Inanspruchnahme auf die gesundheitlich notwendigen Arztkontakte zu konzentrieren und nicht notwendige Arztkontakte zu reduzieren. Insgesamt belege die Studie, dass die Praxisgebühr zu einer zielgerichteteren Inanspruchnahme der ambulanten medizinischen Versorgung beigetragen hat, ohne die Inanspruchnahme von Personen mit eingeschränkter Gesundheit, Schwerbehinderung, Pflegebedürftigkeit oder einem niedrigem Einkommen einzuschränken.

4. Augurzky, Boris; Bauer, Thomas K. & Schaffner, Sandra: Copayments in German Health System – Do They Work? Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. Essen 2006 (RWI Discussion Paper Nr. 43).

Ebenso wie die zuvor dargestellte DIW/TU-Studie analysiert die Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) die Auswirkungen der Praxisgebühr in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung auf die Inanspruchnahme der ambulanten medizinischen Versorgung auf Basis des sozio-ökonomischen Panels. Aber anders als die DIW/TU-Untersuchung vergleicht die RWI-Studie die Arztinanspruchnahme im Jahr 2003 mit derjenigen im Jahr 2005 (und nicht der in 2004). Die Erhebungen für das soziö-ökonomische Panel mit den Fragen zur Arztinanspruchnahme im letzten Quartal werden bereits ab Januar jeden Jahres durchgeführt, wodurch die Daten des Jahres 2004 noch teilweise die Verhältnisse des letzten Quartals 2003 (vor Einführung der Praxisgebühr) widerspiegeln. Darüber hinaus sei bei Einführung einer neuen Zuzahlungsregelung wie der Praxisgebühr der nachfragesenkende Effekt kurzfristig relativ stark und schwäche sich danach wieder ab, wie die Verfasser empirisch zeigen. Daher können die längerfristigen Wirkungen der Praxisgebühr erst nach etwa einem Jahr Wirksamkeit – also 2005 – bewertet werden.

Ein weiterer Unterschied zur DIW/TU-Untersuchung besteht in der unterschiedlichen Methodik. Die RWI-Studie verwendet einen regressionsanalytischen Difference-in-Difference-Ansatz, um die von der Praxisgebühr ausgehenden Effekte bei den GKV-Versicherten (im SOEP-Datensatz n=14 519 Personen) im Vergleich zu zwei nicht von der Intervention betroffenen Kontrollgruppen (PKV-Versicherte, n=1786, sowie von Zuzahlungen befreite Kinder und Jugendliche, n=168) zu ermitteln. Nur Befragungsteilnehmer mit vollständigen Angaben zu allen in die Untersuchung einbezogenen Variablen wurden in den Auswertungen berücksichtigt. Die Ziel- oder Outcomevariable der Untersuchung ist die Veränderung der Inanspruchnahme eines Arztes in den letzten 3 Monaten vor der Befragung 2005 gegenüber 2003 bei gesetzlich Versicherten im Vergleich zu PKV-Versicherten sowie Kindern und Jugendlichen. Die Praxisgebühr ziele genau auf dieses Outcome, da nach einmaliger Entrichtung der Gebühr die übrigen Arztkontakte im Quartal beim selben Arzt sowie bei anderen Ärzten (mit Überweisung) zuzahlungsfrei sind.

Ergebnisse:

Die Verfasser zeigen, dass die Praxisgebühr nach einer gewissen „Gewöhnungszeit" im Jahr 2005 die Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte durch die gesetzlich Versicherten nicht mehr signifikant gesenkt hat. „Unsere empirischen Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass die Einführung der Zuzahlung keinen signifikanten Effekt auf die Wahrscheinlichkeit eines Arztbesuchs gehabt hat." (Übersetzung aus dem Englischen GKV-Spitzenverband). Die Autoren bescheinigen der Praxisgebühr daher Wirkungslosigkeit in Bezug auf die angestrebten Effekte.

Die DIW-TU-Studie hatte noch eine Wirkung der Praxisgebühr auf die generelle Arztinanspruchnahme (Anteil der Versicherten mit mindestens einem Arztkontakt pro Quartal) für 2004 gezeigt. Nach den Ergebnissen der RWI-Studie war dieser Effekt bereits im Jahr 2005 nicht mehr nachweisbar und das Ausgangsniveau vor Einführung der Praxisgebühr wieder erreicht.

Kritisch ist gegenüber der RWI-Studie anzumerken, dass sie im Unterschied zur DIW-TU-Untersuchung die gesundheitlichen Merkmale der Befragten nicht mit in die Analyse einbezieht. So wird die Inanspruchnahme nicht in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand (z. B. chronisch krank, pflegebedürftig) analysiert. Der mögliche Erfolg bzw. Misserfolg der Selbstbeteiligungsregelung „Praxisgebühr" wird ausschließlich an ihrem die Inanspruchnahme senkenden Effekt ohne Berücksichtigung eventueller gesundheitlicher Bedarfe festgemacht.

5. Rückert, Ina-Maria; Böcken, Jan & Mielck, Andreas: Are German Patients Burdened by the Practice Charge for Physician Visits ('Praxisgebuehr')? A Cross Sectional Analysis of Socio-Economic and Health Related Factors. BMC Health Services Research 2008, 8: 232 (www.biomedcentral.com/1472-6963/8/232)

Die von MitarbeiterInnen des Münchener Helmholtz Zentrums und der Bertelsmann Stiftung durchgeführte Studie analysiert die Einflüsse der Praxisgebühr auf das Inanspruchnahmeverhalten insbesondere in Abhängigkeit des sozio-ökonomischen Status. Die Autoren untersuchen die Hypothese, dass sozial benachteiligte Patienten Arztbesuche in stärkerem Maße hinauszögern oder sogar vollständig vermeiden als Patienten in günstigerer sozialer Lage. Die Untersuchung basiert auf den Daten des Bertelsmann Healthcare Monitors, einer zweimal pro Jahr durchgeführten repräsentativen Querschnittsbefragung von ca. 1 500 zufällig ausgewählten Personen zwischen 18 und 79 Jahren. Die durchschnittliche Responserate dieser Surveys beträgt 70 Prozent. Sechs Surveys mit zusammen 7 769 Personen – ausschließlich von der Praxisgebühr betroffene GKV-Versicherte – wurden ausgewertet. PKV-Versicherte wurden aus den Analysen ausgeschlossen.

Ergebnisse:

Als Ergebnis stellten die Autoren fest, dass über die 6 untersuchten Surveys hinweg 18 Prozent der Befragten angaben, im letzten der Befragung vorangegangenen Dreimonatszeitraum wegen der Praxisgebühr einen Arztbesuch vermieden und sich selbst behandelt zu haben; 27 Prozent verschoben wegen der Praxisgebühr den Arztbesuch bis nach dem Quartalsende und 25 Prozent machten wegen der Praxisgebühr mindestens einen zusätzlichen Arztbesuch, um eine fachärztliche Überweisung zu erhalten. 30 Prozent berichteten keine Änderung ihres Inanspruchnahmeverhaltens aufgrund der Praxisgebühr. Während des untersuchten Zeitraums 2004 bis 2006 stieg der Anteil derjenigen, die wegen der Praxisgebühr einen Arztbesuch verschoben haben, zunächst von 17 auf 34 Prozent (2005) an, um danach wieder auf 19 Prozent (2006) zurückzugehen. Der Anteil der „Vermeider" (Verzicht auf einen Arztbesuch wegen Praxisgebühr) schwankte während des gesamten Dreijahreszeitraums nur geringfügig zwischen 20 und 17 Prozent (im Mittel 18 Prozent).

Die Vermeidung oder Verzögerung eines Arztbesuchs als Ergebnis der Praxisgebühr war häufiger bei jüngeren und gesünderen Versicherten anzutreffen. Darüber hinaus existierte ein klarer linearer Zusammenhang zwischen der Vermeidung und/oder Verschiebung eines Arztbesuches und dem verfügbaren Pro-Kopf-Einkommen. Der Anteil der Versicherten, die wegen der Praxisgebühr einen Arztbesuch vermieden oder verschoben hatten, betrug 42,6 Prozent in der obersten, aber 67,9 Prozent in der untersten Einkommensgruppe.

Auch in der Gruppe der (laut Selbstauskunft) chronisch kranken Versicherten war die Vermeidung/Verschiebung der Inanspruchnahme stark mit dem Einkommen assoziiert. Mit Hilfe einer logistischen Regression (unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und selbst eingeschätztem Gesundheitszustand) war die Wahrscheinlichkeit für einen chronisch kranken Versicherten, einen Arztbesuch aufgrund der Praxisgebühr zu verschieben oder zu vermeiden, in der untersten Einkommensgruppe (<600 Euro monatliches Pro-Kopf-Einkommen) 2,45 mal so hoch wie in der obersten Einkommensgruppe (>1 300 Euro). Die Autoren schlussfolgern aus den Ergebnissen, dass selbst relativ niedrige Zuzahlungen wie die Praxisgebühr eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung gefährden können, insbesondere bei sozial benachteiligten Versicherten.

Im Unterschied zu den zuvor dargestellten Studien fragte die Helmholtz-Bertelsmann-Studie nicht nach den tatsächlichen Arztbesuchen, sondern nach der Vermeidung und/oder Verschiebung von Arztbesuchen aufgrund der Praxisgebühr, wodurch eine mögliche Unterdeckung eines subjektiv wahrgenommenen Bedarfs an medizinischer Versorgung sichtbar gemacht wird. Die Ergebnisse sind daher nicht direkt mit den zuvor präsentierten vergleichbar. Konnten die TU/DIW- sowie RWI-Studien nur geringe bis keine Auswirkungen der Praxisgebühr auf die Inanspruchnahme der ambulanten medizinischen Versorgung nachweisen, so kommt die Bertelsmann-Helmholtz-Studie zu dem Ergebnis, dass Quartal für Quartal über ein Sechstel der Versicherten einen subjektiv notwendigen Arztbesuch vermeidet. Nach den Ergebnissen der Bertelsmann-Helmholtz-Studie können auch relativ kleine Geldbeträge insbesondere einkommensschwache Versicherte von Arztbesuchen abhalten.

6. Wendt, Claus; Mischke, Monika; Pfeifer, Michaela & Reibling, Nadine: Confidence in receiving medical care when seriously ill: a seven country comparison of the impact of cost barriers. Health Expectations 2011; hier zitiert nach der Online-Fassung: doi: 10.111/j.1369-7625.2011.00677.x

Die international vergleichend angelegte Untersuchung geht der Frage nach, in welchem Ausmaß Versicherte einen Arztbesuch trotz subjektiven Krankheitsempfindens aufgrund von Zuzahlungen (Kostenbarrieren) vermieden haben und inwieweit diese Erfahrung zu einem Vertrauensverlust in die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems geführt hat. Sie basiert auf Daten eines in sieben Ländern (Niederlande, Großbritannien, Kanada, Deutschland, Australien, Neuseeland und USA) 2007 durchgeführten Befragungssurveys des Commonwealth-Health Fund (deutsche Stichprobe mit n=1.407 zufällig ausgewählten Befragten über 18 Jahren).

Ergebnisse:

Finanzielle Barrieren der Inanspruchnahme infolge Zuzahlungen und unzureichendem Versicherungsschutz spielen in den Niederlanden, Großbritannien und Kanada nur eine geringe Rolle, entsprechend hat in diesen Ländern nur ein sehr kleiner Teil von unter 5 Prozent der Befragten im Krankheitsfall auf die Inanspruchnahme eines Arztes verzichtet. In Deutschland, Australien, Neuseeland und den USA existieren dagegen nennenswerte Kostenbarrieren. In Deutschland gaben 11,7 Prozent der Befragten an, im Jahr vor der Befragung aufgrund von Zuzahlungen trotz Krankheit nicht zum Arzt gegangen zu sein (13 Prozent der gesetzlich und 7 Prozent der privat Versicherten). Von den sieben in die Analyse einbezogenen Ländern liegt in Deutschland dieser Anteil der auf die Arzt-Inanspruchnahme Verzichtenden niedriger als in Australien (13,5 Prozent), Neuseeland (19,9 Prozent) und den USA (24,6 Prozent) aber höher als in Großbritannien, Kanada und den Niederlanden. In Deutschland stand der Verzicht auf die Inanspruchnahme eines Arztes im Krankheitsfall in multivariater Betrachtung (das heißt bei wechselseitiger statistischer Kontrolle aller in die Betrachtung einbezogenen Variablen) in statistischem Zusammenhang mit dem Versicherungsstatus (gesetzlich versus privat), dem Alter, dem selbstberichteten Gesundheitsstatus sowie dem Einkommen (statistischer Trend). Als problematisch erscheint der Befund, dass insbesondere Personen mit niedrigem Einkommen und Personen mit eingeschränkter Gesundheit angaben, einen Arztbesuch trotz Krankheit vermieden zu haben. Der niedrigere Anteil an Vermeidern einer Arzt-Inanspruchnahme im Vergleich zu der zuvor zusammengefassten Studie auf Basis der Bertelsmann-Daten kann plausibel auf die Art der Fragestellung (Verzicht trotz ernster Krankheit versus Verzicht insgesamt) und die Einbeziehung von Privatversicherten zurückgeführt werden. Die Autoren können zeigen, dass der Verzicht in Zusammenhang mit dem Ausmaß von Kostenbarrieren steht und das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in die Leistungsfähigkeit der medizinischen Versorgung im Krankheitsfall mindert. Sie kritisieren Zuzahlungsregelungen vor allem im Hinblick auf ihre das Vertrauen in die medizinische Versorgung untergrabenden Auswirkungen.

Als Fazit der dargestellten Untersuchungen lässt sich festhalten, dass die Praxisgebühr die tatsächliche Inanspruchnahme der Versicherten nicht nachhaltig gesenkt hat. Allerdings hat sie insbesondere bei einkommensschwachen Versicherten zu einer Verzögerung oder Vermeidung von subjektiv notwendigen Arztbesuchen beigetragen. Um gesundheitliche Nachteile für Versicherte aus verzögerter oder unterlassener Inanspruchnahme zu vermeiden, bieten alle Krankenkassen ihren Versicherten die Möglichkeit der „Vorabbefreiung“, so dass sie nach einmaliger Entrichtung der Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze nach § 62 SGB V alle dann folgenden Leistungen zuzahlungsfrei in Anspruch nehmen können. Hierdurch entfallen etwaige finanzielle Hemmschwellen vor der Inanspruchnahme von Vertragsärzten. Auch durch die Freistellung aller präventiv motivierten Besuche von der Praxisgebühr werden mögliche negative Effekte der Praxisgebühr auf die Inanspruchnahme der ambulanten medizinischen Versorgung begrenzt.

2. Problematik der weiteren Erforschung der Steuerungswirkungen von Zuzahlungen auf der Basis der vom GKV-Spitzenverband durchgeführten Machbarkeitsstudie

Der GKV-Spitzenverband beauftragte 2009 die IGES Institut GmbH, ein Forschungsdesign für die Analyse der Steuerungswirkungen der Zuzahlungen und darauf bezogener Ausnahmeregelungen zu entwickeln. Dabei sollte ein besonderes Augenmerk auf die Frage gelegt werden, ob und inwieweit die Inanspruchnahme von Versicherten mit niedrigem Einkommen und eingeschränktem Gesundheitszustand durch die Zuzahlungsregelungen beeinträchtigt wird und inwieweit die geltenden Ausnahmeregelungen geeignet sind, dieses Problem wieder zu entschärfen.

Das IGES Institut (Berlin) hatte daraufhin eine Methodik zur Evaluation der Steuerungswirkungen der Zuzahlungspflichten in der GKV und der darauf bezogenen Ausnahmeregelungen entwickelt (Albrecht, Martin & Schiffhorst, Guido. Machbarkeitsstudie zur Evaluation der Steuerungswirkungen der Zuzahlungspflichten in der GKV und der darauf bezogenen Ausnahmeregelungen. Ergebnisbericht. IGES Institut Berlin, Januar 2010, unveröffentlicht).

Das IGES-Institut schlug vor, die Wirkungen von Zuzahlungen und darauf bezogener Ausnahmeregelungen in Bezug auf die Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung durch Vertragsärzte sowie der Versorgung mit Arzneimitteln als den wirtschaftlich bedeutsamsten Versorgungsbereichen zu analysieren, weil von den für die stationäre Versorgung geltenden Zuzahlungsregelungen bereits theoretisch keine Steuerungseffekte erwartet werden können. Von einer Analyse der Auswirkungen der in der Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie häuslichen Krankenpflege geltenden Zuzahlungsregelungen hatte das IGES-Institut aufgrund des hohen datentechnischen Aufwands zunächst abgeraten.

Der GKV-Spitzenverband hatte den Auftrag für die Machbarkeitsstudie gegenüber dem Wortlaut des § 62 Absatz 5 SGB V in Abstimmung mit dem BMG dahingehend erweitert, dass der zu erarbeitende Studienplan auch die Steuerungswirkungen der in Hausarzt-, DMP-, integrierten Versorgungsprogrammen und Wahltarifen eventuell enthaltenen Befreiungsregelungen von Zuzahlungspflichten einer empirischen Überprüfung zugänglich machen sollte.

Für das IGES-Institut liegt die Steuerungswirkung von Zuzahlungen im Kern „in einer quantifizierbaren Reduktion der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen“ (Seite 11) bei zuzahlungspflichtigen Versicherten im Zeitverlauf und im Unterschied zu einer nicht zuzahlungspflichtigen Vergleichsgruppe. Da die nicht zuzahlungspflichtigen Versicherten aber „eine signifikant schlechtere Morbiditätsstruktur und Einkommenssituation“ (Seite 12) aufweisen als die in vollem Umfang zuzahlungspflichti-

gen Versicherten, kann aus den zuzahlungsbefreiten Versicherten oder den Versicherten mit reduzierten Zuzahlungen keine hinsichtlich gesundheitlicher und soziodemographischer Merkmale vergleichbare Kontrollgruppe konstruiert werden. Daher schlug das IGES-Institut vor, „den Einfluss von Morbiditätsstruktur und Einkommen auf die Inanspruchnahme mittels geeigneter statistischer Methoden (zu) quantifizieren.“ (Seite 12).

Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen eines Versicherten in einem Zeitraum t als abhängige Variable sollte nach dem Vorschlag des IGES-Instituts mit Hilfe eines Regressionsmodells als Funktion

- der Morbidität,
- des sozialen Status,
- des Zuzahlungsstatus,
- des Alters,
- des Geschlechts,
- gegebenenfalls weiterer auf die Inanspruchnahme wirkender Merkmale und
- eines Fehlerterms

als unabhängigen Variablen geschätzt werden. Der Zuzahlungsstatus (mit den Ausprägungen: keine Befreiung/Reduzierung der Zuzahlungen auf 1 v. H. des Einkommens/Teilnahme an einem Programm mit Zuzahlungsbefreiung; zusätzliche Informationen zur Vorabbefreiung ja/nein) fungiert in diesem Modell als eine von mehreren unabhängigen Variablen zur Erklärung der Inanspruchnahme. Auf diese Weise ließen sich die Effekte der Zuzahlungsregelungen unter statistischer Kontrolle aller auf die Inanspruchnahme ebenfalls einwirkenden Faktoren unter Umgehung des nicht lösbaren Problems der Bildung einer hinsichtlich Morbidität und Sozialstatus vergleichbaren Kontrollgruppe analysieren.

Die für die Durchführung der Analysen erforderliche Stichprobengröße bezifferte das IGES-Institut auf mindestens 700 000 Versicherte. Für diese Versicherten werden umfangreiche Daten zu ihrer medizinischen Inanspruchnahme sowie zu den in der Aufzählung genannten unabhängigen Variablen benötigt.

Für die Durchführung wünschenswert betrachtete das IGES-Institut die Ziehung einer Zufallsstichprobe aus allen GKV-Versicherten. Da dies wegen der Verteilung der Versicherten auf unterschiedliche und teilweise nicht zur Mitwirkung an der Studie bereite Krankenkassen unmöglich sei, schlug das IGES-Institut die Ziehung einer Zufallstichprobe aus den Versichertenbeständen mitwirkungsbereiter Krankenkassen unterschiedlicher Kassenarten (mindestens AOK, Knappschaft, Ersatzkasse, BKK) vor. Die Abweichungen der Versichertenstruktur des so gewonnenen Datensatzes von der Versichertenstruktur aller GKV-Versicherten hinsichtlich Alter, Geschlecht, Grundlohnsumme und Morbidität ließen sich mit Hilfe von Gewichtungsfaktoren neutralisieren, so dass eine GKV-weit repräsentative Schätzung der Auswirkungen der Zuzahlungsregelungen und Ausnahmeregelungen auf die Inanspruchnahme als möglich erachtet wird.

Die vom IGES-Institut vorgeschlagene Untersuchung entsprechend der oben genannten Vorgehensweise konnte nicht realisiert werden. Die Resonanz der Krankenkassen auf die Mitwirkungsaufrufe des GKV-Spitzenverbandes war so zurückhaltend, so dass keine ausreichend große und für die GKV repräsentative Stichprobe hätte gewonnen werden können. Die Gründe hierfür wurden nur teilweise kommuniziert. Neben der in der GKV im Frühjahr/Sommer 2010 herrschenden Umbruchsituation durch (Groß-) Fusionen, die gerade die IT- und Statistikabteilungen der beteiligten Kassen für andere, vordringlichere Aufgaben gebunden haben, dürfte für die geringe Mitwirkungsbereitschaft auch der Kassenwettbewerb und inhaltliche Vorbehalte eine Rolle gespielt haben. Insbesondere die Analyse der in den Hausarzt-, DMP-, integrierten Versorgungsprogrammen und Wahltarifen enthaltenen Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen hätte die Offenlegung von Effekten dieser besonderen Versorgungsformen auf die Inanspruchnahme erfordert, ohne dass bereits initial klar gewesen wäre, ob auch die Mitbewerber diese Daten zur Verfügung stellen. Vor dem Hintergrund des fehlenden gesetzlichen Auftrags zur Offenlegung dieser Daten mag die zurückhaltende Resonanz der Krankenkassen auf die Mitwirkungsaufrufe des GKV-Spitzenverbandes ein Stück weit verständlich werden.

Als Konsequenz für die weitere Erforschung der Steuerungswirkungen von Zuzahlungen und darauf bezogenen Ausnahmeregelungen ist nach dem bisher Gesagten festzuhalten, dass für diese Aufgabe grundsätzlich ein Design auf der Grundlage von prinzipiell verfügbaren Daten der Krankenkassen zur Verfügung steht. Mit diesem Design ließen sich Verhaltensunterschiede in der Inanspruchnahme von Personen mit unterschiedlichem Zuzahlungsstatus bei statistischer Kontrolle demographischer, sozialstruktureller und morbiditätsbezogener Merkmale empirisch analysieren. Allerdings bedeutet die Umsetzung dieses Forschungsdesigns einen sehr hohen datentechnischen Aufwand und erforderte zwingend die Flankierung durch einen eindeutigen gesetzlichen Auftrag und Datenübermittlungsberechtigungen/-verpflichtungen für die Krankenkassen. Das vom IGES-Institut vorgelegte Forschungsdesign enthält keine Vorschläge zur gezielten Prüfung der Steuerungswirkungen von Zuzahlungen und darauf bezogenen Ausnahmeregelungen bei der sozialpolitisch besonders interessierenden Gruppe von Versicherten mit niedrigem Einkommen und eingeschränkter Gesundheit. Diese Gruppe sollte jedoch im Mittelpunkt der Betrachtung stehen, da hier mögliche Einschränkungen der Inanspruchnahme durch Zuzahlungen zu einer Verletzung des sozialpolitischen Auftrags der GKV, allen Versicherten eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen, führen könnten. Zur empirischen Analyse dieser Themen sind nach Auswertung der vorhandenen Studien möglicherweise repräsentative Versichertenbefragungen die vorzuziehende, weil mit geringerem finanziellen und datentechnischen Aufwand realisierbare Alternative.

E. Zusammenfassung

Die Auswertung der amtlichen GKV-Statistiken, die im Zusammenhang mit Zuzahlungen, Befreiungsregelungen und Ausnahmetatbeständen stehen, weisen für den Zeitraum von 2005 bis 2010 insgesamt leicht rückläufige Zuzahlungsvolumina aus. Die durchschnittliche jährliche Zuzahlungsbelastung je Versicherter im genannten Zeitraum beträgt rund 72 Euro. Die Betrachtung der einzelnen zuzahlungsrelevanten Leistungsbereiche lässt erkennen, dass die beiden größten Bereiche „Ärztliche Behandlung“ und „Arzneimittel“ mit rund zwei Dritteln zu den Gesamtzuzahlungen beitragen.

Die zum 1. Juli des jeweiligen Jahres erhobene Zahl der – mit Ausnahme zu Fahrkosten – nicht zuzahlungspflichtigen Versicherten unter 18 Jahren verlief in der Zeit von 2005 bis 2010 kontinuierlich rückläufig und betrug durchschnittlich 11,81 Millionen jährlich. Dies entsprach gemessen an der stichtagsbezogenen durchschnittlichen Gesamtversichertenzahl von 70,21 Millionen einem Anteil von 16,83 Prozent, wobei die Gesamtversichertenzahl in dieser Zeit schwankte und sich gegenüber 2005 rückläufig entwickelte. Zu beachten ist, dass die Ausweisung der Daten allein altersbezogen erfolgt ist und somit auch Versicherte unter 18 Jahren erfasst sind, die von den Zuzahlungen nach § 62 SGB V befreit wurden.

In dem Berichtszeitraum waren im Durchschnitt ca. 6,981 Millionen Versicherte jährlich nach Erreichen ihrer Belastungsgrenze von den Zuzahlungen nach § 62 SGB V befreit. Hierin eingeschlossen sind auch die nach § 62 SGB V von den Zuzahlungen befreiten Versicherten unter 18 Jahren. Der Anteil der Zuzahlungsbefreiten an den GKV-Versicherten insgesamt belief sich dabei durchschnittlich auf 9,94 Prozent. Für die weit überwiegende Anzahl der Zuzahlungsbefreiten – durchschnittlich 92,23 Prozent – war die Belastungsgrenze von 1 v. H. maßgebend.

In der Gesamtheit waren somit 26,77 Prozent der GKV-Versicherten nur eingeschränkt mit Zuzahlungen belastet, wobei es sich hierbei lediglich um einen groben Orientierungswert handelt, da die von den Zuzahlungen nach § 62 SGB V Versicherten unter 18 Jahren sowohl in der Gruppe der Versicherten unter 18 Jahren als auch in der Gruppe der von den Zuzahlungen nach § 62 SGB V Befreiten gezählt wurden.

Aus den Finanzvolumina der Erstattungen und Vorauszahlungen bei Zuzahlungsbefreiungen nach § 62 SGB V ist die Tendenz erkennbar, dass das Instrument der Zuzahlungsvorauszahlung bei den Versicherten zunehmend größeren Anklang findet.

Das Volumen von Prämienzahlungen bzw. Zuzahlungsermäßigungen aufgrund der Teilnahme an besonderen Versorgungsformen, wie insbesondere hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V, die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V, strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V oder die integrierte Versorgung nach § 140a SGB V, hat im Jahr 2008 seinen Höhepunkt erreicht und ist seitdem rückläufig. Hingegen nimmt die Bedeutung von Bonuszahlungen nach § 65a Absatz 1 und Absatz 2 SGB V, die auch in Zuzahlungsermäßigungen bestehen können, seit dem Jahr 2008 zu. Insgesamt lässt sich allerdings nicht ermitteln, welchen Anteil dabei Zuzahlungsermäßigungen einnehmen.

Im Hinblick auf die Entwicklung von Fallzahlen zur Inanspruchnahme der mit Zuzahlungen belegten bzw. davon ausgenommenen Leistungen lässt sich feststellen, dass alle untersuchten Leistungsbereiche am Ende des Berichtszeitraums Fallzahlensteigerungen gegenüber dem Ausgangsjahr 2005 zu verzeichnen hatten.

Die in Abschnitt C dargestellte Fortschreibung der Datenanalyse zur Einkommensverteilung der Zuzahlungsbefreiten sowie zum Leistungsinanspruchnahmeverhalten der Zuzahlungsbefreiten auf der Grundlage von Kassendaten (Knappschaft und LSV-SpV) hat im Vergleich zum Zuzahlungsbericht der seinerzeitigen Spitzenverbände der Krankenkassen vom 29. Januar 2008 keine neuen Erkenntnisse gebracht. Der Trend einer insgesamt steigenden Leistungsinanspruchnahme der Zuzahlungsbefreiten folgt dem allgemeinen Trend der GKV-Versicherten insgesamt.

Bei der Untersuchung des Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Frage der Steuerungswirkungen von Zuzahlungen in der GKV konnten den zugrunde gelegten sechs Studien in der Gesamtbetrachtung keine eindeutigen Hinweise auf nachhaltige Steuerungswirkungen der geltenden Zuzahlungsregelungen entnommen werden. So attestieren zwei Studien den Zuzahlungen bei Arzneimitteln nur sehr geringe Steuerungswirkungen, wobei die Aussagekraft einer Studie für die Gegenwart eingeschränkt wird, da sie sich auf die Zeit vor dem 1. Januar 2004 bezieht. Die übrigen Studien haben die Auswirkungen der Praxisgebühr im Rahmen von Befragungen untersucht und kommen nicht zu einheitlichen Ergebnissen. So hat eine Studie für das Jahr 2004 feststellt, dass die Praxisgebühr zur Konzentration auf die Inanspruchnahme gesundheitlich notwendiger Arztkontakte und zur Reduktion nicht notwendiger Arztkontakte beigetragen hat, ohne die Inanspruchnahme von Personen mit eingeschränkter Gesundheit, Schwerbehinderung, Pflegebedürftigkeit oder niedrigem Einkommen einzuschränken. Zwei weitere Studien mit längerer Beobachtungszeit kommen demgegenüber zu dem Ergebnis, dass die Praxisgebühr die Inanspruchnahme von Ärzten ab 2005 nicht signifikant bzw. nachhaltig gegenüber dem Niveau vor dem 1. Januar 2004 gesenkt hat. In den beiden Studien, in denen explizit nach der Vermeidung von Arztbesuchen wegen der Praxisgebühr gefragt wurde, gaben zwischen 13 und 18 Prozent der Befragten an, wegen der Praxisgebühr einen subjektiv notwendigen Arztbesuch unterlassen zu haben. Die Studien stellen zudem fest, dass die Praxisgebühr insbesondere bei einkommensschwachen Versicherten bei vorliegender Krankheit zu einer Verzögerung oder Vermeidung von subjektiv notwendigen Arztbesuchen geführt hat.

Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Seite

Anlagenverzeichnis

Anlage 1

Deutscher Bundestag **Drucksache 16/6045**

16. Wahlperiode 05. 07. 2007

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen der Freistellung preisgünstiger Arzneimittel von der Zuzahlung

Inhaltsverzeichnis

1. Berichtsauftrag

Der Deutsche Bundestag hat am 17. Februar 2006 den Gesetzentwurf zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG) in zweiter und dritter Lesung angenommen (Bundestagsdrucksache 16/194). Gleichzeitig wurde auf Antrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD eine Entschließung zum AVWG angenommen (Bundestagsdrucksache 16/691, Nummer II.2). Darin wurde die Bundesregierung aufgefordert, „die Spitzenverbände der Krankenkassen über ihre Praxis der Freistellung preisgünstiger Arzneimittel von der Zuzahlung und deren Auswirkung auf die Verfügbarkeit dieser Arzneimittel am Markt, auf die Versorgung und über die finanziellen Auswirkungen bis zum 30. Juni 2007 berichten zu lassen.“

2. Zielsetzung und Ausgestaltung der gesetzlichen Regelung zur Freistellung preisgünstiger Arzneimittel von der Zuzahlung

Durch Neuregelungen aufgrund des AVWG sind die Spitzenverbände der Krankenkassen ermächtigt worden, Arzneimittel, deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Mehrwertsteuer um mindestens 30 Prozent niedriger als der jeweils gültige Festbetrag ist, der diesem Preis zugrunde liegt, durch Beschluss nach § 213 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) von der Zuzahlung freizustellen, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind (§ 31 Abs. 3 Satz 4 SGB V).

Im Bericht des federführenden Gesundheitsausschusses wird hierzu ausgeführt, dass mit dieser Regelung ein Vorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen aufgegriffen worden ist. Eine Freistellung von der Zuzahlung preisgünstiger Arzneimittel mit Apothekeneinkaufspreisen mindestens 30 Prozent unter dem Festbetrag komme in Betracht, wenn die begründete Aussicht bestehe, dass dies zu einer Erhöhung des Versorgungsanteils dieser preisgünstigen Arzneimittel und damit insgesamt zu Einsparungen führe (Bundestagsdrucksache 16/691). Durch die Zahlungsbefreiung soll der Anteil preisgünstiger Arzneimittel an der Versorgung verbessert werden, indem ein Interesse der Patientinnen und Patienten an der Verordnung zuzahlungsbefreiter Arzneimittel geschaffen wird.

3. Umsetzung durch die Spitzenverbände der Krankenkassen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben durch drei Beschlüsse Zuzahlungsbefreiungsgrenzen für Festbetragsgruppen bestimmt und zwar am 11. Mai 2006 mit Wirkung zum 1. Juli 2006, am 28. August 2006 mit Wirkung zum 1. November 2006 und am 7. Mai 2007 mit Wirkung zum 1. Juli 2007. Für 223 Festbetragsgruppen mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln gelten Zuzahlungsbefreiungsgrenzen, dies entsprich einem Anteil von rd. 65 Prozent von insgesamt 341 Festbetragsgruppen

Zugeleitet mit Schreiben des Bundesminsteriums für Gesundheit vom 3. Juli 2007 gemäß Beschluss des Deutschen Bundestages vom 17. Februar 2006 (Bundestagsdrucksache 16/691).

mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Bei den verbleibenden Festbetragsgruppen wurden bisher keine Zuzahlungsbefreiungsgrenzen festgelegt, da in diesen Gruppen aufgrund der jeweilige Marktlage keine Einsparungen durch Zuzahlungsbefreiungen zu erwarten sind. Dies sind insbesondere Gruppen, in denen die möglichen Preisunterschiede im Gruppendurchschnitt die durchschnittlichen Zuzahlungen nicht erreichen.

Die Zuzahlungsbefreiungsgrenzen in den jeweiligen Arzneimittelgruppen sind von den Spitzenverbänden der Krankenkassen so festgelegt worden, dass in den jeweiligen Gruppen aufgrund der gruppenindividuellen Marktlage bei bundesweiter Betrachtung Preis- bzw. Kostenvorteile zu erwarten sind, welche den Wegfall der Zuzahlungen übersteigen. Der in der gesetzlichen Regelung bestimmte prozentuale Preisabstand von 30 Prozent gegenüber dem Festbetrag ist nach dem Wortlaut der Vorschrift ein Mindestabstand und kann auch überschritten werden. Dies hat die Bundesregierung in ihrer Antwort vom 13. September 2006 auf die schriftliche Frage des Abgeordneten Lanfermann klargestellt (Frage 59 auf Bundestagsdrucksache 16/2585). In dieser Antwort heißt es weiterhin:

„Der Maßstab für die Entscheidung der Spitzenverbände ist durch den Wortlaut des Gesetzes vorgegeben. Demnach können Zuzahlungsbefreiungen nur beschlossen werden, wenn hieraus Einsparungen erzielt werden. Wie diese Einsparungen zu ermitteln sind, ergibt sich aus den Vorschriften der §§ 31, 61 und 130a Abs. 1 bis 3b. Kann in einer Festbetragsgruppe ein entsprechender Kostenvorteil nicht erzielt werden, dürfen die Spitzenverbände keine Zuzahlungsfreistellung beschließen. Weder der Wortlaut noch Sinn und Zweck des Gesetzes stehen der Vorgehensweise entgegen, dass der prozentuale Preisabstand dann auch höher als 30 Prozent bestimmt wird, damit das Ziel, Einsparungen für die Festbetragsgruppe zu erreichen, verwirklicht werden kann. Eine Verletzung von Rechten der Versicherten ergibt sich hierdurch nicht. Durch diese von Gesetzeswegen vorgesehene Vorgehensweise wird für weitere Festbetragsgruppen die Möglichkeit von Zuzahlungsbefreiungen eröffnet. Die Versicherten werden durch eine Freistellung von der Zuzahlungspflicht begünstigt. Eine Zuzahlungsbefreiung kann nur im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben beschlossen werden. Die Regelung greift auch nicht unzulässig in Rechte von pharmazeutischen Unternehmern ein, da ihre Befugnis zur Entscheidung über ihre Abgabepreise unberührt bleibt. Soweit hierdurch eine Belebung des Preiswettbewerbs eintritt, ist dies zumindest keine unzulässige Wirkung.“

4. Auswirkungen auf die Verfügbarkeit dieser Arzneimittel, auf die Versorgung und finanzielle Auswirkungen

Die Bestimmung von Festbetragsgruppen mit Zuzahlungsbefreiungsgrenzen bedeutet noch nicht unmittelbar, dass in allen diesen Gruppen tatsächlich zuzahlungsfreie Arzneimittelpackungen angeboten werden. Jeder pharmazeutische Unternehmer entscheidet in eigener Verantwortung, ob er Packungen im Preissegment bis zur Zuzahlungsbefreiungsgrenze anbietet oder nicht.

Die pharmazeutischen Unternehmer haben jedoch in beträchtlichem Umfang von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, Arzneimittel mit Preisen bis zur Zuzahlungsbefreiungsgrenze anzubieten.

Am 1. Mai 2007 waren nach Angaben des BKK-Bundesverbands insgesamt 9 859 Fertigarzneimittelpackungen (Packungen mit unterschiedlichen Arzneimittelkennzeichen nach § 300 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) aufgrund der vorgenannten Regelung von der Zuzahlung befreit. Dies entspricht rund der Hälfte aller Packungen in Festbetragsgruppen mit Zuzahlungsbefreiungsgrenzen. Nur in rund einem Viertel der Festbetragsgruppen mit Zuzahlungsbefreiungsgrenzen für verschreibungspflichtige Arzneimittel werden nach Angaben des BKK-Bundesverbands keine preisgünstigen zuzahlungsfreien Packungen angeboten.

Das Angebot der preisgünstigen, zuzahlungsbefreiten Packungen konzentriert sich auf die umsatz- und verordnungsstarken Gruppen. Der überwiegende Marktanteil von verschreibungspflichtigen Fertigarzneimittel, nämlich knapp 70 Prozent des Umsatzes und knapp 50 Prozent der Verordnungen, entfällt auf Arzneimittel in Festbetragsgruppen mit Zuzahlungsbefreiungsgrenzen. Der Gesamtumsatz verschreibungspflichtiger Festbetragsarzneimittel erreichte am 1. Mai 2007 einen Betrag von 10,1 Mrd. Euro im 12-Monatszeitraum.

Bezogen auf das gesamte Sortiment an Fertigarzneimitteln mit und ohne Festbetrag beträgt der Anteil zuzahlungsbefreiter Packungen knapp 20 Prozent. In dem Segment der Arzneimittel ohne Festbetrag ist die vorgenannte Regelung zur Zuzahlungsbefreiung nicht anwendbar.

In den Gruppen mit zuzahlungsbefreiten Arzneimitteln bestehen eine breite Auswahl an unterschiedlichen Arzneimitteln und ein reger Wettbewerb zwischen den Anbietern. In diesen Gruppen ist nach Angaben des BKK-Bundesverbands im Durchschnitt über die Hälfte der angebotenen Packungen zuzahlungsfrei verfügbar. Diesen Angaben zufolge bieten im Durchschnitt neun Anbieter den gleichen Wirkstoff/ die gleiche Wirkstoffkombination als zuzahlungsbefreite Packung an. Preisgünstige zuzahlungsbefreite Packungen werden sowohl von kleinern und mittleren als auch von großen Generika-Unternehmen angeboten.

Die Abgabepreise der pharmazeutischen Unternehmer für rezeptpflichtige Generika sanken innerhalb eines Jahres zwischen März 2006 und April 2007 um rund 31 Prozent. Das geht aus einer Studie der IMS Health GmbH hervor, die der Branchenverband Pro Generika e. V. am 21. Juni 2007 in Berlin veröffentlicht hat. Dies entspricht einem Entlastungsbetrag in Höhe von 835 Mio. Euro zu Gunsten der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Preissenkungen ergeben sich als Gesamtwirkung aus der Zuzahlungsbefreiung besonders preisgünstiger Arzneimittel sowie aus den Anpassungen der Festbetragshöhe zum 1. April 2006 und zum 1. Juli 2007. Die Angaben beziehen sich auf die

Senkung der Listenpreise. Zusätzliche Einsparungen ergeben sich aus Rabattvereinbarungen zwischen einzelnen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern nach § 130a Abs. 8 SGB V, über deren Gesamtvolumen keine sicheren Erkenntnisse vorliegen. Darüber hinaus hat das Segment der Arzneimittel im generikafähigen Markt durch den gesetzlichen Rabatt nach § 130a Abs. 3b SGB V einen weiten Einsparbeitrag von knapp 500 Mio. Euro im ersten 12-Monatszeitraum der Gültigkeit dieser Regelung erbracht. Ab dem 1. Januar 2007 kann dieser gesetzliche Rabatt durch neue Preissenkungen abgelöst werden.

Die Versicherten wurden nach Angaben des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (BKK) im Zeitraum vom 1. Juli 2006 bis Ende Februar 2007 durch Zuzahlungsbefreiungen aufgrund der vorgenannten Regelung in Höhe von rund 78 Mio. Euro entlastet. Da die umsatzstärkere zweite Tranche erst zum 1. November 2006 in Kraft trat, wurde der Entlastungsbetrag zum überwiegenden Teil im Zeitraum von 4 Monaten erreicht; hochgerechnet für einen 12-Monatszeitraum lässt sich die Entlastung mit einem Betrag von ca. 200 Mio. Euro schätzen.

5. Zuzahlungsbefreiungen aufgrund von Regelung durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG)

Durch die Neuregelung in § 31 Abs. 3 Satz 5 SGB V ist jede einzelne Krankenkasse seit dem 1. April 2007 befugt, Arzneimittel, für die Preisnachlässe mit pharmazeutischen Unternehmern nach § 130a Abs. 8 SGB V vereinbart sind, zur Hälfte oder vollständig von der Zuzahlung freizustellen.

Entsprechende Vertragsabschlüsse sind von der Krankenkasse aufgrund einer Vereinbarung im Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V an den Deutschen Apothekerverband bzw. die maßgeblichen Datenbankbetreiber zu melden. Die Höhe der vereinbarten Preisnachlässe ist nicht Gegenstand dieser Meldung. Im diesem Meldeverfahren sind für den Monat Mai 2007 nach Angaben des BKK-Bundesverbandes insgesamt für 1 179 Packungen bzw. Pharmazentralnummern (PZN) neue Zuzahlungsbefreiungen nach § 31 Abs. 3 Satz 5 SGB V gemeldet worden. Diese Meldungen sind sechs verschiedenen Krankenkassen zuzuordnen, wobei sich fünf Krankenkassen auf dasselbe Arzneimittel- bzw. PZN-Sortiment beziehen.

Diese 1 367 PZN verteilen sich wie folgt:

– 722 PZN sind Arzneimittelpackungen aus Festbetragsgruppen, für die die Spitzenverbände der Krankenkassen keine Zuzahlungsbefreiungsgrenzen festlegen konnten, da bei bundesweiter Betrachtung keine Einsparungen zu erwarten waren.

– 457 PZN sind Arzneimittelpackungen aus dem Nicht-Festbetragsmarkt.

– 188 PZN sind Arzneimittelpackungen mit Apothekenverkaufspreisen (Listenpreisen) oberhalb der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen festgelegten Zuzahlungsbefreiungsgrenzen (31 Abs. 3 Satz 4 SGB V).

Anlage 2

Ermittlung der Zahl der Versicherten unter 18 Jahre

1. Prüfung der Voraussetzungen für eine seriöse Schätzung der Zahl der Versicherten unter 18 Jahre

Da eine genaue Ausweisung der Zahl der Versicherten, die das 18. Lebensjahr nicht vollendet haben und somit unter 18 Jahren sind, durch die amtlichen GKV-Statistiken nicht erfolgt, ist eine Schätzung der Zahl erforderlich. Datengrundlage für diese Schätzung ist die amtliche GKV-Statistik KM 6, die eine Erhebung der Versicherten zum 1. Juli des Jahres unterteilt nach Altergruppen vornimmt. In diesem Zusammenhang sind die Versichertenzahlen der Altersgruppe 0 bis unter 15 Jahre sowie 15 bis unter 20 Jahre relevant. Für die Ermittlung der Versicherten von 15 bis unter 18 Jahren in der Altergruppe von 15 bis unter 20 Jahre ist eine Gewichtung erforderlich, die auf der Grundlage der zum 31. Dezember des jeweiligen Jahres durch das Statistische Bundesamt erhobenen Bevölkerungszahlen für die einzelnen Jahrgänge in der Altergruppe von 15 bis unter 20 Jahren erfolgt. Hierzu ist jedoch zunächst zu untersuchen, ob die durch das Statistische Bundesamt für die Jahre 2005 bis 2010 erhobenen Bevölkerungszahlen für die Altersgruppe 15 bis unter 20 Jahre als Grundlage für eine Gewichtung geeignet sind. Dazu wurde für die Jahre 2005 bis 2010 die Entwicklung der Bevölkerungs- bzw. Versichertenzahlen in den Altersgruppen bis unter 15 Jahre und 15 bis unter 20 Jahre und die Entwicklung der Gesamtbevölkerungs- bzw. Gesamtversichertenzahl untersucht und die jeweiligen Entwicklungen miteinander verglichen.

Anhand der in Tabelle 1 ausgewiesenen Differenz zwischen dem Anteil der Bevölkerung unter 15 Jahre an der Bevölkerung Gesamt und dem Anteil der Versicherten unter 15 Jahre an den Versicherten Gesamt ist erkennbar, dass die Entwicklung mit einer Abweichung von durchschnittlich -0,18 Prozent nahezu proportional verläuft. Dies gilt gleichermaßen für die Differenz zwischen dem Anteil der Bevölkerung 15 bis unter 20 Jahre an der Bevölkerung Gesamt und dem Anteil der Versicherten 15 bis unter 20 Jahre an den Versicherten Gesamt mit durchschnittlich 0,17 Prozent. Darüber hinaus wird anhand der Differenz zwischen dem Anteil der Versicherten unter 15 Jahre an der Bevölkerung unter 15 Jahre und dem Anteil der Versicherten Gesamt an der Bevölkerung Gesamt von durchschnittlich -1,14 Prozent deutlich, dass sich auch bei dieser Betrachtungsweise eine nahezu proportionale Entwicklung vollzogen hat. Zwischen dem Anteil der Versicherten 15 bis unter 20 Jahre an der Bevölkerung 15 bis unter 20 Jahre und dem Anteil der Versicherten Gesamt an der Bevölkerung Gesamt sind allerdings mit durchschnittlich 2,70 Prozent etwas höhere Differenzen festzustellen, die jedoch unproblematisch sind, da es sich um einen überproportionalen Verlauf handelt, der prozentuale Anteil der GKV-Versicherten in der Gruppe der 15- bis unter 18-Jährigen also größer ist als der Anteil der GKV-Versicherten Gesamt an der Bevölkerung Gesamt. Die Untersuchung zeigt, dass sich eine seriöse Schätzung der Zahl der Versicherten unter 18 Jahren anhand einer Gewichtung auf der Grundlage der zum 31. Dezember des jeweiligen Jahres durch das Statistische Bundesamt erhobenen Bevölkerungszahlen für die einzelnen Jahrgänge in der Altergruppe von 15 bis unter 20 Jahren durchführen lässt.

Tabelle 1

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Versicherte unter 15 Jahre	9.857.273	9.664.674	9.544.802	9.428.412	9.293.156	9.154.763
Versicherte 15 bis unter 20 Jahre	4.253.820	4.194.865	4.104.389	3.967.648	3.816.937	3.640.966
Versicherte Gesamt	70.477.283	70.298.156	70.314.011	70.243.851	70.159.069	69.767.395
Anteil Versicherte unter 15 Jahren an Versicherte Gesamt	13,99%	13,75%	13,57%	13,42%	13,25%	13,12%
Anteil Versicherte 15 bis unter 20 Jahren an Versicherte Gesamt	6,04%	5,97%	5,84%	5,65%	5,44%	5,22%
Bevölkerung unter 15 Jahre	11.649.872	11.441.366	11.281.696	11.139.106	11.022.634	10.941.201
Bevölkerung 15 bis unter 20 Jahre	4.835.789	4.762.364	4.642.964	4.479.630	4.317.072	4.140.394
Bevölkerung Gesamt	82.437.995	82.314.906	82.217.837	82.002.356	81.802.257	81.751.602
Anteil Bevölkerung unter 15 Jahre an Bevölkerung Gesamt	14,13%	13,90%	13,72%	13,58%	13,47%	13,38%
Anteil Bevölkerung 15 bis unter 20 Jahre an Bevölkerung Gesamt	5,87%	5,79%	5,65%	5,46%	5,28%	5,06%
Differenz zwischen den Anteilen der Bevölkerung bzw. der Versicherten unter 15 Jahre an Gesamt	-0,15%	-0,15%	-0,15%	-0,16%	-0,23%	-0,26%
Differenz zwischen den Anteilen der Bevölkerung bzw. der Versicherten 15 bis unter 20 Jahre an Gesamt	0,17%	0,18%	0,19%	0,19%	0,16%	0,15%
Anteil Versicherte unter 15 Jahre an Bevölkerung unter 15 Jahre	84,61%	84,47%	84,60%	84,64%	84,31%	83,67%
Anteil Versicherte 15 bis unter 20 Jahre an Bevölkerung 15 bis unter 20 Jahre	87,97%	88,08%	88,40%	88,57%	88,41%	87,94%
Anteil Versicherte Gesamt an Bevölkerung Gesamt	85,49%	85,40%	85,52%	85,66%	85,77%	85,34%
Differenz Anteile Versicherte/ Bevölkerung unter 15 Jahren und Versicherte/ Bevölkerung Gesamt	-0,88%	-0,93%	-0,92%	-1,02%	-1,46%	-1,67%
Differenz Anteile Versicherte/ Bevölkerung 15 bis unter 20 Jahren und Versicherte/ Bevölkerung Gesamt	2,47%	2,68%	2,88%	2,91%	2,65%	2,60%

(Quelle: KM 6, Versicherte, Stichtag 1. Juli des Jahres; Statistisches Bundesamt, Bevölkerung, Stichtag 31. Dezember des Jahres; eigene Berechnungen)

2. Gewichtung des Anteils der 15- bis unter 18-Jährigen in der Altergruppe von 15 bis unter 20 Jahren in den Jahren 2005 bis 2010 auf der Grundlage der zum 31. Dezember des jeweiligen Jahres durch das Statistische Bundesamt erhobenen Bevölkerungszahlen für die einzelnen Jahrgänge

Die Tabelle 2 weist für die Jahre 2005 bis 2010 die Bevölkerungszahlen für die Altersjahre 15 bis 19 einzeln sowie zusammengefasst für Altersgruppen 15 bis 17 sowie 18 bis 19 Jahre aus und stellt die Gewichtung dieser Altersgruppen gemessen an der gesamten Bevölkerungszahl in der Altersgruppe 15 bis 19 Jahre dar.

Tabelle 2

Altersjahre	2005	2006	2007	2008	2009	2010
15-Jährige	965.368	877.120	843.241	821.725	790.121	781.069
16-Jährige	956.831	966.170	878.112	844.154	823.424	792.868
17-Jährige	985.333	957.494	967.034	878.572	845.514	825.751
Gesamt 15-17-Jährige	2.907.532	2.800.784	2.688.387	2.544.451	2.459.059	2.399.688
18-Jährige	968.013	987.424	960.142	969.220	882.016	850.181
19-Jährige	960.244	974.156	994.435	965.959	975.997	890.525
Gesamt 18-19-Jährige	1.928.257	1.961.580	1.954.577	1.935.179	1.858.013	1.740.706
Gesamt 15-19-Jährige	4.835.789	4.762.364	4.642.964	4.479.630	4.317.072	4.140.394
Anteil 15-17-Jährige an 15-19-Jährige	60,13%	58,81%	57,90%	56,80%	56,96%	57,96%
Anteil 18-19-Jährige an 15-19-Jährige	39,87%	41,19%	42,10%	43,20%	43,04%	42,04%

(Quelle: Statistisches Bundesamt, Stichtag 31. Dezember des Jahres; eigene Berechnungen)

Die Zahl der 15- bis unter 18-jährigen (15- bis 17-Jährigen) Personen beträgt in der Zeit von 2005 bis 2010 durchschnittlich 2,633 Millionen. Dies entspricht gemessen an der durchschnittlichen Gesamtpersonenzahl in der Altersgruppe der 15- bis unter 20-Jährigen (15- bis 19-Jährigen) von 4,529 Millionen einem durchschnittlichen Anteil von 58,13 Prozent[1].

[1] Errechnet aus dem Mittelwert der Gesamtzahl der 15- bis 17-Jährigen sowie dem Mittelwert der Gesamtzahl der 15- bis 19-Jährigen für die Jahre 2005 bis 2010.

3. Ermittlung der Zahl der Versicherten unter 18 Jahre

Die Tabelle 3 gibt für die Jahre 2005 bis 2010 die Zahl der Versicherten in den Altersgruppen bis unter 15 Jahre und 15 bis unter 20 Jahre sowie die sich aus der Gewichtung ergebende Zahl der Versicherten im Alter von 15 bis unter 18 Jahren wieder. Abschließend erfolgt die Ausweisung der Zahl der Versicherten unter 18 Jahren Gesamt.

Tabelle 3

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Versicherte bis unter 15 Jahre	9.857.273	9.664.674	9.544.802	9.428.412	9.293.156	9.154.763
Versicherte 15 bis unter 20 Jahre	4.253.820	4.194.865	4.104.389	3.967.648	3.816.937	3.640.966
Gewichtung 15 bis unter 18 Jahre*	60,13%	58,81%	57,90%	56,80%	56,96%	57,96%
Versicherte 15 bis unter 18 Jahre	2.557.621	2.467.033	2.376.539	2.253.643	2.174.176	2.110.230
Versicherte unter 18 Jahre Gesamt	12.414.894	12.131.707	11.921.341	11.682.055	11.467.332	11.264.993

* Gewichtung erfolgte anhand der sich aus den vom Statistischen Bundesamt ergebenen Bevölkerungszahlen für die 15- bis unter 18-jährigen im Verhältnis zu den 15- bis unter 20-jährigen Personen.
(Quelle: KM 6, Stichtag 1. Juli des Jahres; eigene Berechnungen)

In der Altersgruppe der 15- bis unter 20-jährigen Versicherten beträgt der Anteil der 15- bis unter 18-jährigen Versicherten durchschnittlich 11,813 Millionen. Zu beachten ist, dass es sich bei der für die Ermittlung zu Grunde liegenden prozentualen Gewichtungswerten nur um Orientierungswerte handeln kann, da sich die Erhebungszeitpunkte mit dem 1. Juli des Jahres in der KM 6 und dem 31. Dezember des Jahres in den Bevölkerungszahlen um ein halbes Jahr unterscheiden und es dadurch zu Verzerrungen kommen kann. So werden in der prozentualen Gewichtung Personen berücksichtigt, die zwar zum Zeitpunkt des 31. Dezember des jeweiligen Jahres das 15. Lebensjahr bereits vollendet hatten aber noch nicht zum Zeitpunkt des 1. Juli des entsprechenden Jahres. Durch die spätere Addition der gewichteten Zahl der Versicherten in der Altersgruppe 15 bis unter 18 Jahre mit der Zahl der Versicherten bis unter 15 Jahre kommt es zu einer „Doppelzählung“. Andersherum werden Personen in der prozentualen Gewichtung nicht mehr berücksichtigt, die zum Zeitpunkt des 31. Dezember des jeweiligen Jahres das 18. Lebensjahr vollendet hatten aber noch nicht zum 1. Juli dieses Jahres. Dadurch fallen diese Versicherten aus der Zählung raus.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333